【近代名老中医经验集】

陸瘦燕論鍼灸

主编⊙朱世增





上海中医药大学出版社

临床医生

本书教你治病救人

莘莘学子

本书助你步入岐黄殿堂

科研教学工作者

本书是你走向成功的阶梯



丛书策划\张忠礼
责任编辑\刘红菊
书名题字\周春华
美术编辑\李岩冰
赵 恒
出 版 人\华卫国



ISBN 978-7-81121-093-4

9 787811 210934 >

定价：37.00元

陸瘦燕論鍼

【近代名老中医经验集】

主编⊙朱世增



上海中医药大学出版社

图书在版编目（CIP）数据

陆瘦燕论针灸/朱世增主编. —上海：上海中医药大学出版社，2008.12
（近代名老中医经验集）
ISBN 978-7-81121-093-4
Ⅰ.陆… Ⅱ.朱… Ⅲ.针灸疗法—临床应用—经验—中国—现代Ⅳ.R246
中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第155716号

北京版权代理有限责任公司
北京市海淀区知春路23号量子银座1403房间　　邮编：100083
联系人：张艳　电话：010-8235-1004　传真：010-8235-7055
邮箱：zyan326@163.com

陆瘦燕论针灸　　主编　朱世增

上海中医药大学出版社出版发行（http://www.tcmonline.com.cn）
（上海浦东新区蔡伦路1200号　邮政编码201203）
新华书店上海发行所经销
南京展望文化发展有限公司排版
长春市时风彩印有限责任公司印刷
开本880mm×1168mm　1/32　印张15.375　字数359千字
版次2009年1月第1版　印次2009年1月第1次印刷

ISBN 978-7-81121-093-4/R.084　定价37.00元
（本书如有印刷、装订问题，请寄回本社出版科，或电话：021-51322545联系）

裘　序

祖国医学，源远流长，文化积淀，代有名家。

《内》、《难》、《本经》、仲景学说奠定了中医学基础。

两汉以下，隋有巢元方，唐有孙思邈、王焘，金元有刘完素、张子和、李东垣、朱丹溪等诸多医家，各树一帜，而以孙思邈《千金方》最为可观。

明清以降，亦名医辈出，如李时珍、王肯堂、张景岳、叶天士、薛雪、陈修园等，各有专长，名垂后世。

近代则以孟河学派著名海内，丁甘仁先生首创中医专门学校（后改名上海中医学院），开全国中医办学之先河，为中医界培养人才，桃李满园，学生中多有医界精英，此编所集，除出身中医世家者外，多为医校栽培之高材生，对中医教学、临床富有经验，并成为建国后国家兴办中医院校之学术支柱，为中医事业的发展作出了一定的贡献。

上海中医药大学出版社为发扬中医学，纂集、出版《近代名老中医经验集》丛书，集50位全国已故名中医之临床经验，涉及内、外、妇、儿、五官、皮肤、骨伤诸科。诸家论述，见解异同不一，可供医界同仁治学之借鉴和临床参考。

近百年来，科技飞速发展，社会已进入信息时代，如何搜撷中医学精华而融入现代科学之大厦，中医工作者和西学中同道均有不可推卸之责任。

朱世增君，青年中医之佼佼者。朱君临证之余，热心中医事业，于汗牛充栋的中医资料中大海捞针，甄别取舍，使上世纪名老中医华章再现于世，可谓有功于岐黄者，深可钦佩。

余已耄耋之年，平生治学庞杂，虽亦涉猎医学，自知学术谫陋，对祖国医学之研究极为肤浅，深感愧疚。昔尝撰句，录之以励其志。

焰续明堂绛帐开，神州佳气拂兰台；
老夫头白豪情在，要看中华后起才。

裘沛然

2008年10月

张　序

时迁斗转，物换星移，回首百年沧桑，不胜今昔之感。

顾我岐黄大业，乃华夏文化之精粹，民族智慧之结晶。地灵贤哲，代不乏人，千秋万世，传承有序。为我炎黄子孙之繁衍昌盛，做出了重大贡献，有史籍可征，天地可鉴。

然自有清之末，国运益衰，洋人窥视；炮舰之余，西学东渐；洋人设教，信者从之；奴化之辈，效者有之。我华夏文化遗产，每遭践踏，三大国粹之一的中医学，尤难逃此厄运。至北洋政府与民国政府时期，“废止中医”与“消灭中医”之声，甚嚣尘上；“中医不科学”、“中医是封建医”之非，棍棒齐加。当此关乎中医生死存亡之紧要关头，是我中医界之前辈，代表民愿，冒死抗争。民国政府，虽立案未成，然限制重重，加之后来，又遭国难。在如此困境中，前辈们治病救人，培育传人，为中医学术的提高，鞠躬尽瘁。他们是民族文化精华的卫士，是一代岐黄宗师。

今日挖掘其学术财富，决非仅为执技之流索取青囊秘术。重在学习他们在艰难的条件下努力工作的奋斗精神；谨遵古训而不泥古的学术思想；大胆创新而不离宗的治学原则；谨守规矩而取用于巧的大匠风范；善于运

用传统文化对中医学进行深入研究的良好学风。是可谓大医之道也。

由于各种社会的、个人的因素，上述诸多国手名家，大多未能将其宝贵的学术财富全部保留下来，造福于后世，殊为憾事也。

今有朱世增君，为中医大业计，甘愿探海拾贝，掘土寻金，致力于整理《近代名老中医经验集》工作，计收医家五十位，一千六百余万言，使尘封数十年的二十世纪中医学术精华再现光辉。此皇皇巨制，工程浩大，朱君所付艰辛可知。余嘉其有功于岐黄，欣然命笔，不计不拙，颂且贺焉。

临案操笔，感慨系之，每忆数十年来，多曾向前辈师长，请教学艺；与良朋益友，同堂共议。顾念之情，无日或释。笔墨之余，特赋拙句一纸，以示永怀。

回看青山忆险峰，几经桑海论西东；
今时访得真容在，无限风流尽个中。

五龙山人张灿玾谨序

戊子季夏于山左历下之琴石书屋

序

我自幼从舅父徐景云先生习医。舅父出身名门望族，上世纪二十年代，舅父卒业于丁甘仁创办的上海中医专门学校，以医名冠于乡里。舅父晚年病重时曾执我手道："吾恐不久人世，未竟心愿有二：其一，搜集散轶于民间有效的单方、验方，不使湮没；其二，整理当代名老中医经验，为后人所用。"沉吟良久，复语重心长地叮嘱道："吾医源远流长，功侔造化，若于我们这一代消亡，你我皆千古罪人也。汝当以振兴吾医为己任，切记！切记！"舅父去世后，我曾用四年时间考察、搜集民间的单方、验方，著成《山野遗方》一书。

其后之岁月，苦于诊务繁忙，日月蹉跎，忽忽二十余春秋过去。每念及舅父所托，未尝不诚惶诚恐，汗出浃背。

上个世纪是中医界人才荟萃，大家辈出，学术气氛异常活跃时期。这一时期的医家，均出生于晚清或民国，小时接受私塾教育，奠定了良好的传统文化根基，且大多出身于中医世家，故学术上多能有所建树。其中，治疗伤寒、温病、外感病大家有之；治疗心脑、脾胃、肝胆、肺肾等内科杂病大家有之；妇科、儿科、外科、五官科、骨伤科、皮肤科、针灸科临证大家亦有之，可谓是各有千秋。他们是上世纪中医之脊梁。

时至今日，这些老中医大多已作古。他们中，只有少

数人有著作留于世，而大部分老中医的学术思想及临证经验，均保留在那个年代的多种中医杂志中，故挖掘上世纪的中医杂志，是整理名老中医经验的唯一途径。我国地域广大，杂志种类繁多，且历时久远，其难度之大可想而知。如五六十年代的文章，则需解决竖排版，繁体字，无书名号，标点、文字使用极不规范的问题；而纸张老化造成的字迹模糊、缺页断行者，则需查找其他图书馆之文，反复核对、厘正，以求完整、准确地再现作者原文。个中艰辛，难以尽述，然笔者却乐此不疲，如部分老中医一生忙于诊务，无暇著述立说，于浩如烟海的资料中觅其雪泥鸿爪，一有所获，便欣然忘食者矣！如是者日复一日，年复一年，工夫不负有心人，《近代名老中医经验集》终于问世。全套书计五十本，一千六百余万字。书后有详细书目。

付梓在即，感慨系之。舅父嘱托，犹在耳边。幸不辱使命，以告慰老人家在天之灵。

本丛书的运作，得到了邓铁涛、裘沛然、张灿玾等诸多当代中医泰斗的首肯，并为书题辞，作序，出任顾问。在此深表谢意！

继本丛书之后，将推出本丛书续集《当代名老中医经验集》，亦为五十本。此项工作已完成大半，预计2009年末出版。

朱世增于江城书斋
2008年11月

前　言

本书名为《陆瘦燕论针灸》，实是陆瘦燕、朱汝功夫妇一生从事针灸临床、教学、科研的经验荟萃，书名是依据全套书的体例而定的。

陆氏少随其父学习针法，长后则精读《内经》、《难经》、《针灸甲乙经》、《类经》、《针灸大成》等医学名著。朱汝功女士于上海中国医学院系统学习了中医经典理论及历代医学名著，为夫妇从事临床奠定了基础。

陆氏夫妇临证，重视先天之本肾气、后天之本胃气的作用，尤重于经络理论的研究与应用。一女性患者，右髋关节上部疼痛颇剧，痛牵右大腿外侧。初诊时三人扶持前来。病属少阳胆经，以同名经上取法，即"病在下，取之上"。取手少阳胆经穴予以治疗，针后疼痛消失，一人步行而去。上法巩固三次，未再复发。

一脑血管意外患者，就诊时右半身不遂，口角㖞斜，肘膝以下麻木不仁。经络切诊督脉长强穴处有压痛，右半肢沿胆经、膀胱经牵掣疼痛。朱女士予以循经取穴，共治四十次，同时配合以潜阳、熄风、疏经通络之药。三月后瘫痪肢体完全恢复。

陆氏夫妇习用毫针，精通补泻手法，温针、伏针、伏灸等治疗方法的运用得心应手。哮喘一病，陆氏夫妇认为："哮喘病每于秋冬发病，若能在伏天进行灸治……到冬季可减轻发病

或不发病，一般连灸三个伏天，可望痊愈，这是冬病夏治的一种有效方法。”陆氏夫妇临证，大抵此类。

陆氏夫妇早年设诊沪上，伏天日诊病人六百余，解人于倒悬者不可胜计。1948年创办“新中国针灸学研究社”及针灸函授班，致力于针灸学术研究及针灸人才的培养。其后放弃优厚的收入，夫妇同进上海中医学院，希能为国家建设尽力。

朱汝功女士乃一位性格刚毅的才女，与陆瘦燕结为伉俪，可谓是志同道合，琴瑟和鸣，正欲大展鸿图之际，一场大祸竟从天而降。1966年“文革”开始，夫妇双双成为“阶下囚”。1969年4月27日，陆氏被迫害致死，一位针灸界的奇才英年早逝，令人扼腕叹息。巨大的伤痛还未抚平，朱女士又返回针灸教学、临床一线，直至七十余岁高龄，仍在世界各地为针灸事业的传播、发扬而奔波，一位了不起的女性！

朱汝功女士现年九十六岁，生活自理，身体康健。

本书之编撰，引用了《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》一书的部分内容，该书由陆焱垚、王佐良、吴绍德主编，特此说明，书中不注。

目　录

临　证　经　验

医 理 阐 释

医 案 拾 萃

忆著名针灸学家陆瘦燕

一、从学医、行医投身于中医教育事业

陆老的生父李培卿，早年拜浙江名医陈慕兰先生为师。出师后，先悬壶于嘉定；中年，曾设诊于昆山、上海两地；晚年则在上海开业，针术精湛，蜚声医坛，有"神针"之誉。李公生有六子二女，陆老排行最小，出嗣随母姓陆。中学毕业后，因他自幼耳闻目濡，见针灸确能治愈许多疑难杂症，故立志随父学医。李公对他要求严格，并不因爱子而稍加松懈，督其精读《内经》、《难经》、《针灸甲乙经》、《类经》、《针灸大成》等著作，每天随诊之余，还嘱其勤练书法。他既爱六朝书法工整，又喜板桥书法之险怪，平素得力于此，晚年自成一格。

一九二七年，他十八岁随父学医初成，到上海经过学会考试，取得开业执照，并参加了神州医学会，开始了行医生涯，分别在昆山南街绿墙头及上海南市两处开业。后因战乱，全部集中在上海，设诊所于八仙桥（现金陵中路），白天门诊，晚上出诊。当时虽年纪尚轻，但由于他勤学苦练，对病者态度和蔼，认真诊察，仔细辨证取穴，故疗效显著，前来求医者络绎不绝。

解放前，国民党反动派歧视和排斥中医，针灸更被斥为"不科学"，几与江湖术士等量齐观。在这种情况下，有的同道弃医经商，有的改作西医，中医面临生死存亡的紧急关头。陆

老认为祖国医学相传几千年，是中华民族赖以生存繁衍的一门科学，任何人都消灭不了。为了振兴中医事业，他以为必须重视整理和发扬祖国医学理论，总结临床经验，加强中医队伍的团结和提高业务水平。为此，他着手整理临床经验，编写了《针灸正宗》第一集和第二集，并制造针灸经络穴位模型。于一九四八年和我一起共同创办了"新中国针灸学研究社"。并附设函授班，亲自编写讲义，答复外地函授学生的来信提问等。当时参加函授班的学生遍及全国各地，影响所及，东南亚也都办起了"新中国针灸学研究社分社"。

解放后，祖国医学得到新生。陆老欢欣鼓舞，对党、对新中国怀有深厚的感情，更积极地工作。他学习了现代隔离消毒的理论，改变了自古相沿成习的隔衣进针的操作方法，在私人诊所内首先采用暴露体表部位、酒精棉球皮肤消毒，然后进针的方法，这在针灸临床上是一大改革和进步。由于他的先行，以后逐步成为广大针灸工作者的操作常规。一九五二年，陆老参加了上海市公费医疗第五门诊部工作，一九五三年被聘为第二军医大学中医顾问。

在党的中医政策指引下，陆老改变了以往个别带徒教授的传统方式，于一九五二年和我一起办了针灸学习班。采用边教学、边临诊的教学方式，既继承了传统的带徒方法（临床带教，一竿到底，使学生对老师的经验特长能全面继承），又吸收了医学院校集体上课、系统教学的形式（白天轮流临诊，晚间集中上课，包括基础理论课程及针灸课程），为期3年，培养出一批针灸医务人员，也为以后上海市历届中医带徒班开创了先例，积累了经验。

一九五八年，陆老参加上海中医学院工作，历任针灸系主任、附属龙华医院针灸科主任、上海市针灸研究所所长等职务，集医、教、研于一身。他知道这是党对他的信任，所以更谦

虚谨慎、一丝不苟、踏踏实实，为继承、发展针灸医学做了大量的工作。

为了提高教学治疗，他和教研组的同志一起编写了《针灸学》教材，还与原上海教学模型厂的同志共同设计创造了我国第一座大型的经络腧穴玻璃人模型，通电后能直观地表达经络的循行与流注关系，提高了课堂教学效果。

与此同时，他还主持编写一部针灸学丛书，整理总结了经络、腧穴、针灸、治疗等方面的系统理论和临床经验，第一本《经络学图说》于一九五九年九月问世，以后陆续出版了《腧穴学概论》、《刺灸法汇论》、《针灸腧穴图谱》等书籍。《腧穴释义》、《针灸歌赋新释》等文稿也已完成，可惜在十年动乱中被焚毁。目前，《针灸腧穴图谱》已被译成外文，在国外发行。

一九五九年，他作为中国医学代表团成员，到苏联讲学、会诊，进行学术交流，把针灸医学比较系统地向国外作了介绍。回国后，被任命为国家科委委员，工作更加繁忙，但他从不因会议多、行政事务忙、学术交流多而减少自己参加临床、科研及教学活动的时间，每周总有几个半天参加实际工作。在这几年中，他较多的时间是搞针刺手法的研究，发表了几篇论文。

二、学术思想和医学成就

陆老的学术思想和成就，可简单总结为以下几点：

1. 重视经络理论，并有新的阐发

经络学说是祖国医学中重要的基础理论之一。但由于它不能在解剖刀下证实，因此常被斥为玄秘之学而废弃不用，针灸亦被视为是一种"头痛医头，脚痛医脚"的局部治疗方法，这对针灸学术的发展和提高产生了严重的阻碍作用。

陆老对历史针灸文献作了深入钻研，深感经络学说是祖国医学宝库中的精华，它对临床各科都有指导意义。尤其是针灸，更离不开经络学说的指导。他说："针灸和经络实在是息息相关，不论在诊断上或治疗上均须密切配合。假如没有经络学说的理论指导，针灸将会对复杂的疾病一筹莫展，无法处方和选穴，当然也不能发挥它的疗效。"因此，他花了很多精力，对经络学说做了大量的整理和研究工作，对古代文献做了很多新的阐发，如对经气的含义、十二经脉标本和足六经根结的理论、十二经脉同名经相接的关系、六腑之合、奇经八脉功能的意义与经脉交会情况关系等问题，都首先做了精辟的阐发，对经络学说的研究和临床使用起了一定的指导作用，受到了针灸学术界的重视。

2. 切诊经络，注重肾气和胃气对人体的影响

陆老认为"切诊"是针灸辨证论治的主要依据之一。故他在临床上除切"寸口"脉之外，还十分认真地诊察"脐下动气"、"虚里之动"以及"太溪"、"冲阳"、"颔厌"等脉的变化，同时，还仔细切按经脉的皮部及有关腧穴，通过全面切诊，掌握整体情况，从而正确地辨证论治。

他十分重视肾气和胃气的虚实对疾病转归和预后的影响。他认为经气的内容包括两个方面：一是禀受于父母先天精气而产生的元气（即肾气）；一是流行于经脉内外的营卫之气（即胃气）。前者是经气的根本，后者是经气的动力。两者相辅相成，缺一不可。他指出，《针灸大成》中所载"标幽赋"中"下手处，水木是根基"一语以及《类经图翼》中所载"水火是根基"之语都属谬误，应按《扁鹊神应针灸玉龙经》所载"下手处，水土是根基"才为正确。因此，他对太溪脉（肾脉）和冲阳脉（胃脉）的切诊十分重视，经常以此配合"脐下动气"和"虚里之动"来诊断肾气和胃气的虚实，以判断疾病的吉凶。他认为若

冲阳、太溪脉不衰，说明胃气犹在，先天之根未绝，病虽危，尚可生；若冲阳、太溪两脉绝而不至，“脐下动气”和“虚里之动”亦微，则病多危重难治。

在治疗上，他也经常选用太溪、复溜、足三里、脾俞、胃俞、气海、关元等穴，以滋水培土为法。

3. 精通针刺手法，并用科学实验手段研究补泻，取得可喜成绩

陆老认为针灸治病除了辨证正确，处方取穴得当外，还要运用适当的手法，这如同内科治病，辨证、用药、剂量三者相辅相成缺一不可。因此，在临床上一贯坚持运用针刺手法，取得了很好的效果。例如，陈某，男，41 岁。素有哮喘，昨宵骤然眩晕，迄今十余时不能行动，亦难平卧，视物旋转，动则为甚，语言低沉，胸宇痞闷，面色㿠白，四肢麻木，脉来迟缓，舌苔白腻。按脉辨证，似属阳气虚惫，真气不足，厥气上逆所致，治拟平肝和胃。处方：足三里＋、太冲－[注]。手法：针芒迎随补泻法结合弩法以下气；提插补泻法以调和阴阳。留针 20 分钟。刺足三里穴时，开始针下感觉空虚，经运用催气法，至 4 分钟时出现针下沉紧，但患者仍无明显反应。将针轻轻提至天部，用弩法向下斜插一寸许，患者即觉有酸胀感沿胫骨直透足背“跗阳”处，胸脘亦略觉轻快。再将针提出一寸，照上述针向用力将针直插，弩针不动，约 1 分钟后，患者即觉针刺感应透到足趾，并有微微跳动，主诉胸脘压迫症状消失，胸襟舒畅。再刺第二穴太冲，将针左右捻转约 3 分钟，得气后，行紧提慢按法十余次，以泻厥逆之肝阳，患者顿觉头部轻松，眩晕消失，能俯视左右旋转。第二天复诊，病已告愈，惟精神不振，四肢酸软，再用提插法补胃之合穴足三里，留针 5 分钟以和胃气，

[注]“＋”表示补法；“－”表示泻法。下同。

起针后，即觉精神稍振。次日随访，症状都已消失，体力亦得迅速恢复。陆老在此案中，仅取两穴，疗效迅速而显著，皆赖他运用针刺补泻手法得宜，已达得心应手、炉火纯青之境。他在《刺灸法汇论》一书中，全面地整理了古代各种针刺方法，并加以分析和论述，使之系统化、条理化，为后学者开辟了学习的捷径。一九五八年，在第一次全国针灸经络会议上，他曾为与会代表做针刺补泻手法表演：做“烧山火”手法时，使受试者感觉发热；做“透天凉”手法时，使受试者感觉发凉。他的精湛表演，得到了与会代表的一致赞赏。

为了探索针刺补泻手法的物质基础及原理，他曾与上海第一医院附属中山医院协作，用多方位肌电测绘记录针刺导气(行气)手法过程中感觉传导的现象，选用足三里穴为针刺点，施用控制针感向上和向下两种手法。结果，针感向下符合率为93%，向上符合率为60%。另外，他还与上海中医学院生化教研组协作，对“烧山火”、“透天凉”手法进行了比较深入的研究。实验结果表明，施行“烧山火”手法后，受试者体温普遍上升，同时血糖与血浆柠檬酸含量明显增高($P<0.01$)；施行“透天凉”手法后，受试者体温普遍下降，同时血糖与柠檬酸含量明显降低($P<0.01$)。这说明“烧山火”、“透天凉”手法不仅有主观的感觉变化，而且有实际发生的生理过程和物质基础，为临床实践及进一步研究手法机制提供了客观依据。

4. 习用毫针，大力推广温针、伏针、伏灸，疗效显著

陆老习用毫针，认为毫针针体较细，进针时可减少痛感，安全可靠；运针时，进退灵活，施行手法方便，不伤正气。对针具的制作和保管他亦十分重视。当时用的是金质针具，先将赤金请有关工厂按要求加工拉丝(相当于目前31、32号针)，然后他亲自制作，绕针柄、磨针尖都别具一格。他认为针柄要绕得均匀紧凑，针芒不宜过锐，必须圆利得当。每日诊毕，对

使用过的针具都逐一整修，务使针体挺直，无弯曲，无缺损，针尖没有钝毛，即使后来诊务繁忙，伏天每日门诊达五六百人，停诊后仍嘱学生们逐一检查整修，数十年如一日。

温针首见于仲景《伤寒论》，但却被后人视为俗法而不用。陆老秉承其父的经验，大力提倡使用。他认为，针尾加艾燃烧，可借艾火的温热，通过针体传导到肌肤内部，不但有温行经气的功效，还有加强手法的作用。当经气为外邪所闭阻时，用泻法使邪气宣泄，经络通畅，配合使用温针，可加强血气的运行，达到去壅决滞的目的；当经气虚损时，用补法配合使用温针，能将热力引入深处，帮助经气运行，起温阳补益的功效。但对高热、局部红肿或抽搐、震颤等不能留针的病例，一般不宜施用。

"伏针"、"伏灸"在前人文献中从无考稽。但他认为伏天气候炎热，腠理开疏，阳气旺盛，此时或针或灸，能使伏留筋骨深处的外邪容易随汗外泄，无论补虚泻实，均可收到事半功倍之效。例如：哮喘病每遇秋冬发病，若能在伏天进行灸治，取大椎、身柱、风门、肺俞、厥阴俞、天突、膻中等穴，到冬季可减轻发病或不发病，一般连灸三个伏天，可望痊愈，这是冬病夏治的一种有效方法。

温针、伏针、伏灸由于疗效显著，很受病者的欢迎，在他的推广下，这种方法为很多针灸医家所采用。

此外，在临床配穴方面，他以脏腑虚实及五行生克为依据，十分重视五输穴的应用，根据"虚则补其母，实则泻其子"的治则，凡遇某一脏腑的虚证时，常补本经所属五输穴中的母穴，配母经所属五输穴的母穴；凡某一脏腑的实证时，常泻本经所属的子穴，配子经所属的子穴，往往获得显效。例如，李某，女，35岁。素患贫血，心悸易怒，一月前暴怒，肝气横逆，木实侮土，土德不运，症见胸闷纳呆，心下隐痛，三焦气化失

司，大便时秘时溏，舌质红绛，苔根厚腻，脉象数。治以疏肝健脾，通腑逐垢之法。处方：行间－、大都＋、中脘＋、天枢－。手法：提插捻转补泻法，留针20分钟。诊治4次而愈。此案中，取肝经火穴行间慢按慢提补之，以治其脾虚；佐补胃募中脘，健运中州之气，开郁解闷；取大肠募天枢，运用捻转泻法，以通腑气而化积滞，遂使阴阳平秘而收速效。

陆老行医数十年，前来诊治的不仅有许多内科杂病及各种风湿痹证，还有精神病、癫痫、麻风病之类的特殊病证，经他治疗后，都取得了较好的效果，在《陆瘦燕针灸论著医案选》中有详细记载。

（朱汝功　王佐良　陆焱垚）

临证经验

腰痛的针灸治疗

"腰痛"仅是一种症状。《灵枢·刺节真邪》篇说:"腰脊者,身之大关节也。"李梴《医学入门》也说:"腰者,肾之外候,一身所恃以转移开阖者也,诸经贯于肾,络于腰脊。"可见腰脊在人体的部位内属肾脏,外络诸经,冲、任、督、带皆会于腰,是身体转侧运动的枢纽,《内经》称之为"身之大关节",完全是因其重要而命名。所以"腰痛"在诸般病痛中,是一种比较常见而重要的症状。临床应用针灸治疗,效果良好。

一、病因

腰痛的原因,《内经》中早已有较详细的论述,例如:《素问·脉要精微论篇》说:"腰者肾之府,转摇不能,肾将惫矣。"《素问·疟论篇》说:"巨阳虚,则腰背头项强痛。"巨阳即指太阳。

此外,《灵枢·经脉》篇还记述了足太阳和足厥阴的是动病,也可以发生腰痛。其文说"膀胱足太阳之脉,是动则病脊痛腰似折"。"肝足厥阴之脉,是动则病腰痛,不可以俛仰。"《灵枢·经筋》篇也说:"足少阳之筋,其病,病在外者,不能俛,在内者不能仰,故阳病者,腰反折不能俛,阴病者不能仰。"

《素问·刺腰痛篇》论,更详尽地叙述了六经皆能令人腰痛。《内经》以后,历代医家在此基础上逐步给予发挥充实,《巢氏病源》首先指出:"凡腰痛病有五:一曰少阴,少阴肾也,

十月万物阳气伤，是以腰痛。二曰风痹，风寒著腰，是以痛。三曰肾虚，役用伤肾，是以痛。四曰臂腰，坠堕伤腰，是以痛。五曰寝卧湿地，是以痛。”

李中梓《医家必读》继续解释说：“按《内经》言，太阳腰痛者外感六气也，肾经腰痛者，内伤房欲也。假令作强伎巧之官，谨其闭蛰封藏之本，则州都之地，真气布获，虽六气奇毒，弗能害，惟以欲竭其精，以耗散其真，则肾藏虚伤，膀胱之腑安能独足，于是六气乘虚侵犯太阳，有寒，有湿，有风热，有挫闪，有瘀血，有滞气，有痰积，皆标也，肾虚其本也。”

根据李中梓的论述可知腰痛的病因，是以劳欲伤肾，引起肾亏为本，六淫内伤皆为标。其原因归于外感的可由寒湿、风热而致，属于内伤的有血瘀、气滞、痰饮、劳欲等，加上挫闪、跌仆、举重、劳伤皆能致成腰痛。此外在妇人方面，胎前、产后肾亏邪入，或经瘀、带下也常有腰痛的症候。另外在骨痿时，腰脊痛也是一个主要症状。

二、分类和辨证

腰痛的分类，根据祖国医学历代的著作，大概可分为两种，其一即是《内经》按经络学说的分类法，其二就是历代医家按病因学说的分类法。为了介绍时易于了解，将合并症状列表于后：

1. 经络分类　见表1。

表1　经络分类

受病经脉	脉名注解和根据	症　　状	主治穴位	方　　法
足太阳膀胱经		腰痛引项脊尻背如重状	委中	出血，春无见血

（续表）

受病经脉	脉名注解和根据	症　状	主治穴位	方　法
足太阳胆　经		腰痛，如以针刺，循循然不可以俛仰，不可以顾	成骨	夏无见血
足阳明胃　经		腰痛，不可以顾，顾如有见者，善悲	三里	三痏，秋无见血
足少阴肾　经		腰痛引脊内廉	复溜	春无见血
足厥阴肝　经		腰痛如张弓弩弦	支沟	三痏
蹻　脉	王冰注：蹻脉散行之脉也，足太阳所主	腰痛而引肩，目䀮䀮然遗溲	郄外廉之横脉（委阳）	出血（血变乃止）
蹻　脉	同前	腰痛如引带，常如折腰状	委中	出血，（黑血尽乃止）
同阴之脉	王冰注：为足少阳之脉别入厥阴者	腰痛如小锤居其中，怫然肿	阳辅	三痏
阳维之脉	奇经之一	腰痛，痛上怫然肿	承山	
衡络之脉	王冰注：太阳之外络	腰痛不可以俛仰，仰则恐仆（得之举重伤腰，恶血归之）	委阳殷门	二痏出血

(续表)

受病经脉	脉名注解和根据	症　　状	主治穴位	方　　法
会阴之脉	王冰注：足太阳之中经会于后会者	腰痛痛上漯漯然汗出，汗干后令人欲饮，饮已欲走	承筋	视其血络盛者出血
飞扬之脉	马莳注：足太阳之别入少阴者，与阴维为合	腰痛痛上怫怫然，其则悲以恐	筑宾	
昌阳之脉	马莳注：昌阳系足少阴复溜之别名	腰痛引膺，目䀮䀮然，甚则反折，舌卷不能言	复溜	二痏
散脉	王冰注：足太阴之别散而上行者	腰痛而热，热甚生烦，腰下如有横木居其中，甚则遗溲	地机	三痏
肉里之脉	王冰注：足少阳所生，阳维脉气所发	腰痛不可以咳，咳则筋缩急	分肉（阳辅）	二痏

以上十五种腰痛，是按《素问·刺痛论篇》中所载内容扼要地摘出的，特列表以便查考。

2. 病因分类　见表2。

表2　病因分类

病　因		脉　象	症　　状		得　　病
肾亏	阴虚	数无力	腰脊酸痛绵绵不休腿足酸软	便秘尿赤，虚火时炎	劳欲不节，损耗精血
	阳虚	沉细		小便清利，神疲气短	久病年衰

(续表)

病　因	脉　象	症　　状	得　　病
痰　饮	滑或沉	痛在一块	痰饮流注经络
气　滞	沉弦或伏结	不能久立及远行，若因怒伤肝而致者，卧觉腰痛，晓起则止	忧思伤脾，郁怒伤肝，失志不乐，好逸恶劳
血　瘀	沉涩	转则如刺，大便黑或秘结，昼轻夜重	跌仆坠堕或因挫闪
挫闪伤力	弦实	腰痛，甚时如带束	举重伤力，带脉受损或挫闪劳伤，筋骨受损
风	浮弦	或左或右，痛连脊背，牵引脚膝，或兼寒热	风伤肾
寒	沉紧	腰冷如冰，痛不能转侧，得热则减	寒伤肾
湿	缓或沉	腰如坐水中，身重不渴，便利，饮食如故，天阴则甚	久居卑湿，雨露浸淫
湿热	急数而弦，沉濡而散	腰痛不得俯仰，遇天阴及久坐便痛	长夏暑湿相搏，或平日膏粱厚味之人

从上表中可归纳为，腰痛之脉象，一般多为沉弦。朱丹溪曾说“腰痛脉必沉而弦，沉为滞，弦为虚”。参考上表的致病原因，也都不出虚和滞的范围。此外古人尚有臂腰痛者，就是挫闪伤力之类。《金匮要略》有名肾著证者，就是湿腰痛之属。又有食积腰痛者，盖醉饱入房，损精伤脾，湿热乘之，所以也是湿热腰痛。均不另行列类。

三、治疗

腰痛的针灸治法，在《素问·刺痛论篇》中，分为两种：其一就是分辨受病经脉分别论治。其二就是依据不同的症状，对症施治。第一种方法已在前节附带介绍外，现将第二种方法介绍如下：

《素问·刺腰痛论篇》："腰痛，夹脊而痛，至头几几然，目䀮䀮欲僵仆，刺足太阳郄中（委中）出血。""腰痛上寒不可顾，刺足阳明（不可顾取足三里，上寒取阴市）。上热刺足太阴（地机），中热而喘，刺足少阴（涌泉，大钟）。大便难，刺足少阴（涌泉），少腹满，刺足厥阴（太冲）。如折，不可俛仰，不可举，刺足太阳（如折，束骨主之；不可俛仰，京骨昆仑主之；不可举，申脉、仆参主之），引脊内廉，刺足少阴（复溜）。""腰痛引少腹控胁，不可仰，刺腰尻交者，两踝胂上（下髎），以月生死为痏数，发针立已，左取右，右取左（缪刺）。"

《素问·骨空论篇》："腰痛不可以转摇，急引阴卵，刺八髎与痛上。"

《内经》后的历代医家，对腰痛的治疗，也都以《内经》为基础，有应用局部取穴的，也有远近结合的，现举成方例如下：

《甲乙经》："腰痛不可久立俛仰，京门及行间主之。"

《千金方》："腰俞、膀胱俞、长强、气冲、上髎、下髎、居髎主腰痛。"

"小肠俞、中膂俞、白环俞主腰脊疝痛。"

"三里、阴市、阳辅、支沟主腰痛不可顾。"

"束骨、飞扬、承筋主腰痛如折。"

"申脉、太冲、阳跻主腰痛不可举。"

《医学纲目》："肾虚腰痛，刺肾俞，又取人中、委中。"

“气滞腰痛，不可俛仰；取志室，又取行间。”

“腰挫闪气痛，取尺泽，又取委中、人中、阳陵泉、束骨、昆仑、下髎。”

“腰强痛，灸命门，二七壮，刺昆仑泻之，灸亦泻。”

《医学入门》：“瘀血痛，用三棱针于委中穴出血。”

“命门主老人肾虚腰痛。”

《针灸大成》：“腰痛，肩井、环跳、阴市、三里、委中、承山、阳辅、昆仑、腰俞、肾俞。”

“腰脚痛，环跳、风市、阴市、委中、承山、昆仑、申脉。”

上面的各家成方考其内容仍不出《内经》刺腰痛的体系，但目前在临床上一般应用的治疗方法，都是以腰脊附近局部穴位为主穴，再按不同原因和兼症，在四肢选取配穴，尤其是下肢的穴位，应用最多。

1. 治疗腰痛的常用穴位

(1) 腰背部 15 穴　上髎、次髎、中髎、下髎、秩边、中膂俞、小肠俞、膀胱俞、肾俞、志室、命门、三焦俞、大肠俞、悬枢、腰俞。

(2) 下肢部 22 穴

足太阳经：承扶、殷门、委中、承山、飞扬、昆仑、束骨、仆参、申脉。

足少阳经：环跳、居髎、风市、五枢。

足阳明经：气冲、阴市、髀关、三里。

足少阴经：涌泉、大钟。

足厥阴经：支沟、阴包、中封、行间。

足太阴经：阴陵泉、地机。

以上 37 个穴位，可以参考发病部位，按“随变而调气”的原则，远近配穴使用。兹拟常规处方如下：

处方：肾俞＋、上髎－、次髎－、委中－、承山－。

上面各穴，每日或间日施用温针（委中不可烧针），针后在肾俞或次髎部加用火罐，每次 5～10 分钟。

讨论：此方乃通治各种腰痛的主方，以益肾通经为治疗精神，补肾俞即是益肾，泻上髎、次髎、委中、承山均为疏泄膀胱经之经气，是去滞行郁之意。补肾益精是治本，泻膀胱之邪是治标。标本兼顾，所以可适应一切腰痛。

2. 治疗时按其不同病因的加减

（1）痰饮　加配中脘、足三里、丰隆（均灸）。

（2）气滞　加配内关、建里、行间（均泻）。

（3）血瘀　加配行间、中髎（泻）、委中（出血），去次髎。

（4）肾亏　阳虚：加配命门、关元（灸）、肾俞亦改用灸；阴虚：加配大钟（补）。

因于湿者，应灸，除委中外，另加足三里、三阴交灸之。因于风发热者应针，加外关、合谷解表退热。其他夹寒宜温灸。夹热当用针。均依原方，不必加减如配合汤药效果更速。

（5）如若腰连腿痛，可以循经加减如下：

腰痛循足太阳经自股后循鱼腹，甚时至跗外侧疼痛，可加：秩边吸[注]、承扶吸、殷门吸、昆仑、申脉、束骨（均泻）。

腰痛循足少阳经，自股外侧，循经外廉，至足跗外疼痛，可加：环跳吸、居髎、风市吸、阳陵泉吸、阳辅、丘墟吸（均泻）。

腰痛引少腹及股内侧，可加：气冲吸、居髎吸、阴包、下髎（均泻）。

腰痛是一种临床上常见的病证，历代文献中，除了记载症状、病因和治疗外，对死疾也有所记载：

华佗《中藏经》："病疟，腰脊强急，瘈瘲者死。""骨绝，腰脊痛，肾中重，不可反侧，足膝后平者五日死。"

[注] 有"吸"字记号者，针后加用火罐。下同。

《脉经》:“腰痛面上忽见红点,人中黑者死。”

《医宗金鉴》:“凡患腰痛极甚,而面色忽红忽黑,是为心肾交争难治之症也。”

针灸对腰痛的治疗效果,很为确切可靠,快者一二次即可痊愈,一般说来,也较服汤药为快。由于腰痛本于肾亏,所以除针灸治疗外,患者必须注意节欲,切不可重损已虚的肾脏,这样才可收事半功倍的效果。

按:本文是陆瘦燕老师在上海中医学院第一届西学中研究班上的讲课稿,对腰痛的分类和症状记载较为全面,可以窥见前人对腰痛的认识与治疗的概况,有助于启发思路,指导临床,特予收辑。

痹病的针灸治疗

痹病是临床上的常见病，也是使用针灸疗法最广泛的一种疾病。“痹”的意义，《中藏经》中解释说：“痹者，闭也。”郑玄《易·通志》称：“痹者，气不达为病。”所以凡是气机闭塞不通的疾病，都可以称为“痹病”。如咽喉肿痛闭塞的疾病称为“喉痹”；胸阳不伸，气闭作痛的病称“胸痹”；食不下，吐而复出的病称“食痹”等等。本文就经脉痹阻，气血不通，从而在局部关节、筋肉、皮肤等处出现酸痛冷麻、运动障碍等症状的疾病作一讨论，并将针灸治疗的原则、方法等概括地给予介绍。

一、沿革

在我国医学文献中，痹病的记载首见于《内经》，如《灵枢·周痹》篇、《素问·痹论篇》，阐述了痹病的病因、病程、症状、预后、转归和治则等问题。《灵枢·经筋》篇中所记载的十二经筋病，统以“痹”字为名，也是痹病的一个重要部分。《灵枢·寿夭刚柔》篇和《厥病》篇中论述了“风痹”病的病因和预后，这种痹病在临床上也常可见到。后汉张仲景著《金匮要略》时，将“风痹”病称为“历节”病，并提出了与风痹相类的一种痹病。《中藏经》将血痹并属于“脉痹”，并提了一种“气痹”，认为气结伤肺，生气渐衰而致，类属于“肺痹”的范围。唐宋文献中又有“白虎风”、“痛风”、“鹤膝风”的记载，也属于痹病的

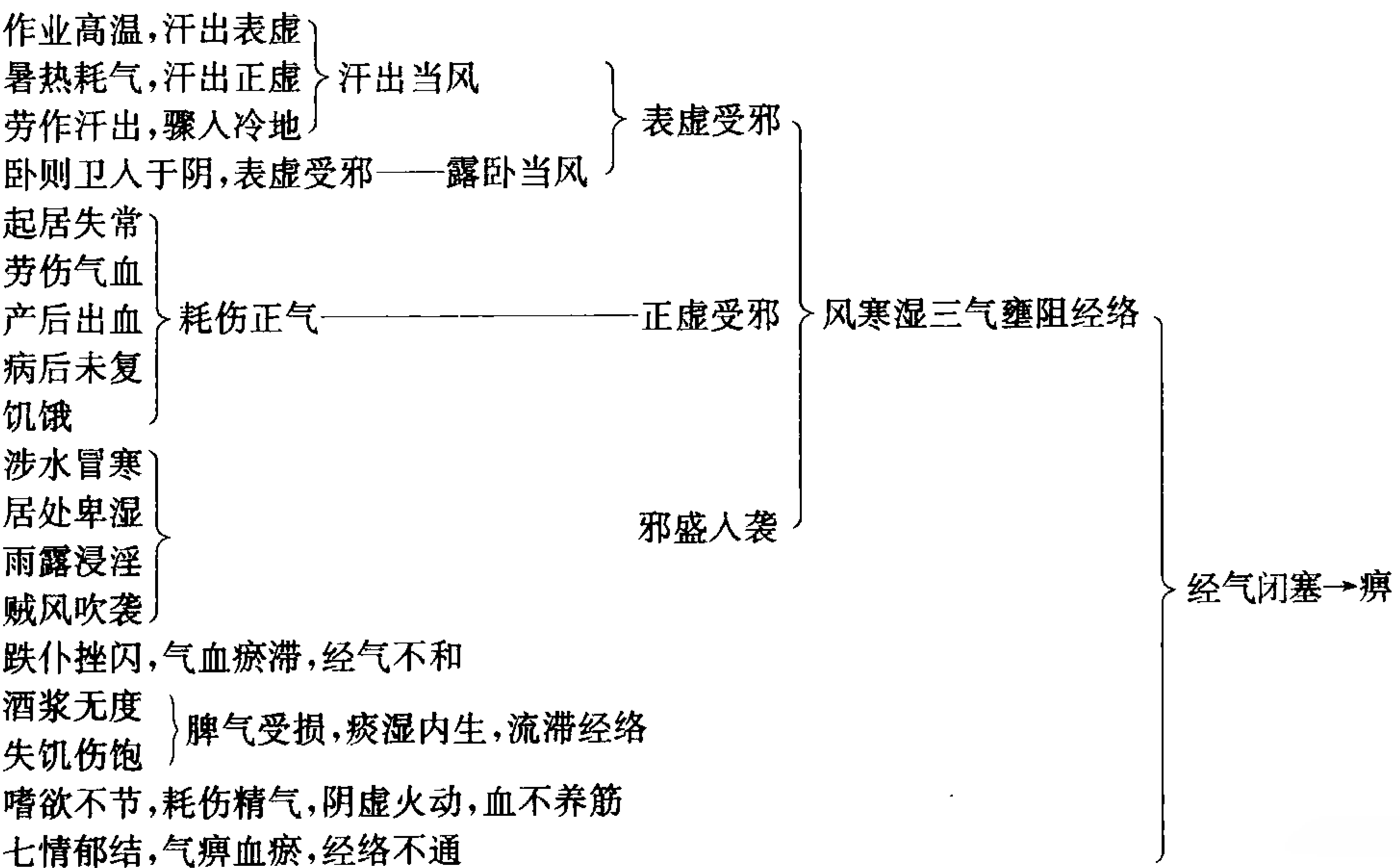
范围。金元时代，有人将“白虎”、“历节”、“痛风”三者相并而名为“白虎历节痛风”。此外，还有民间所称的“草鞋风”、“曲池风”、“腿股风”、“漏肩风”、“髀枢痛”、“颊车风”、“竹节风”、“腰腿痛”等根据发病部位命名的病名，从其发病的原因和病理来推求，也属痹病。

二、病因和发病机制

《素问·痹论篇》中说：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”这是痹病的致病外因。隋代巢元方《诸病源候论》中进一步指出：“痹者，风寒湿三气杂至合而成痹……由人体虚，故受风邪也。”宋代严用和《济生方》中也说：“风寒湿三气杂至合而为痹，皆因体虚腠理空疏，受风寒湿三气而成。”这是痹病因虚受邪的记载。明代张三锡《医学准绳六要》中认为：“上古多外感，故云三气合而为痹，今人多内伤，气血亏损，湿痰阴火流滞经络，或在四肢，或客腰背，痛不可当，一名白虎历节风是也。”明代虞抟《医学正传》中认为痹病可因：“浊血流注为病。”这二位医家指出痹病除了外感风寒湿邪之外，还有内因存在。

笔者认为，痹病的发生原因：有风寒湿三气袭入而成；有痰浊阴火、死血瘀滞而成。但是其发病的基本原因多由起居失常，劳伤气血，以致经脉空虚，营卫不居，外邪得以乘机袭入；或者由于涉水冒寒，或汗出当风，以及坐卧卑湿之地，风寒湿邪得以侵袭入内；或因酒浆无度，失饥伤饱，脾气受损，痰湿内生，流注经络而成；或为嗜欲不节，精血耗伤，阴虚火盛，血不养筋而来；或则七情郁结，气滞血瘀，经络痹阻而成；又或跌仆挫闪，瘀血滞凝，由外伤而转成。以上这些原因，最后所引起的病理转归，都必然导致经络壅塞，血气不和，于是经气不达，痹病就因此而产生。兹绘示意表如（见表1）。

表 1　痹病发病原因简表


作业高温，汗出表虚
暑热耗气，汗出正虚
劳作汗出，骤入冷地
汗出当风
卧则卫入于阴，表虚受邪——露卧当风
表虚受邪
起居失常
劳伤气血
产后出血
病后未复
饥饿
耗伤正气
正虚受邪
涉水冒寒
居处卑湿
雨露浸淫
贼风吹袭
邪盛入袭
风寒湿三气壅阻经络
跌仆挫闪，气血瘀滞，经气不和
酒浆无度
失饥伤饱
脾气受损，痰湿内生，流滞经络
嗜欲不节，耗伤精气，阴虚火动，血不养筋
七情郁结，气痹血瘀，经络不通
经气闭塞→痹

至于各种症状的发病机制，《素问·痹论篇》解释说："痛者，寒气多也，有寒故痛也。其不痛不仁者，病久入深，荣卫之行涩，经络时疏，故不痛，皮肤不营，故不仁。其寒者，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也。其热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳乘（原文为'遭'，今从《甲乙》改正）阴，故为痹热。其多汗而濡者，此其湿盛也，阳气少，阴气盛，两气相感，故汗出而濡也。"对于疼痛的发病机制，《素问·举痛论篇》中有更详细的解释，其文说："经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"《举痛论篇》中还说："寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩蜷，缩蜷则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛，得炅则痛立止。因重中于寒，则痛久矣。""按之则血气散，故按之痛止。"这是痹病患者喜温恶寒，揉按可以缓解疼痛的原因。若"寒气稽留，炅气从上，则脉充大而血气乱，故痛甚不可按也"，这是某些痹病患者，患肿痛而拒按的发病原理。假使病久而邪气深入，经络闭塞，使荣卫之气运行受阻，于是"荣气虚则不仁，卫气虚则不用"。病者的肢体就会丧失知觉而不能运用。这就是所谓"久痹成痿"、"痹痿"的发病机制。《素问·调经论篇》中说："阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒。"阴阳二气的盛衰，在机体可以出现寒热的不同变化。假使病者阳气不足，所中之邪又是寒湿偏胜，两阴相得，阴盛阳虚，就会有肢体或全身怕冷的感觉。如果病者本身是阴虚火旺，阳气偏亢的体质，又遭风寒湿三气外邪所裹束，热为邪闭，不得泄越，于是阳气乘阴，病人就会觉得皮肤灼热，这是热痹病的发病原理。又如病人是中虚湿重，同时更兼表虚而卫阳不固，腠理不密，就会有患肢或全身容易出汗的现象。这些《内经》中讨论的症状机理，在临床上都可以见到。

此外，在痹病的发病过程中，有时肢体上会出现块瘰。这种现象，明代李梴在《医学入门》中认为是风湿、痰火凝滞的缘

故，临床上称为胡核风或傀儡风，有似现代医学上所称之“风湿性结节”。但是，在痹病中所见的块瘰，一般都不致溃烂，这一点与“疠风”及“疮疡”不同。

三、一般症状

痹病的一般症状有：肢体酸痛、麻木、重着、阴冷、拘急、灼热、关节不利、咿轧作响、发生块瘰等。在急性发作时，往往关节红肿，伴有发热，头痛，汗出，甚至发生心悸、气短等内脏疾病的症状。本病的特征是反复发作，每遇阴冷天气为更甚。如果迁延日久，也可以发生肌肉瘦削、关节粗大、运动障碍等后果，甚至造成残废。

四、病型分类

历代对痹病的分类名目很多，今以《内经》所载为主，结合其他有关文献概述于下：

1. *以疾病性质分类*

《灵枢·寿夭刚柔》篇中记载：“病在阳者命曰风，病在阴者命曰痹。病有形而不痛者，阳之类也，无形而痛者，阴之类也……乍有形，乍无形，加以烦心……此谓不表不里。”张介宾在《景岳全书》中解释说：“盖三气之合，乃专言痹症之所因也，曰在阳为风，在阴为痹，又分言表里之有殊也。”如“风”之与“痹”，本皆感邪所致，但外有表证发热、头痛等症，或得汗即解者是皆有形之谓，此以阳邪在阳分，是即伤寒、中风（《伤寒论》之中风）之属也，故病在阳者命曰“风”。若既受寒邪而初无发热、头痛，又无变证，或有汗，或无汗，而筋骨之痛如故，及延绵不愈而外无表证者，是皆无形之谓，此阴邪直走阴分，即诸痹之属也，故病在阴者命曰痹。其

或既有表证，而疼痛又不能忍，此即半表半里，阴阳俱病之症，故阴阳俱病者，命曰“风痹”。又曰：“欲辨其寒热，则多热者方是阳证，无热者便是阴证。”兹据此意，列表如下(见表2)。

表2　痹病性质分型

名称	病型	发病	病邪所在	区　　别
风痹	阳型	急	阴阳同病	有发热头痛等表证，兼肢体疼痛
痹	阴型	缓	病在阴分	无发热头痛等表证，而仅有肢体疼痛

2. 以病因分类

虽然痹病是由风寒湿三气杂至，相合而成的。但是，随着所中三气之邪的多少(即“偏胜”)，临床上可以出现不同的症状。兹归纳《内经》文意，结合历代的见解列表(见表3)。

表3　痹病病因分类

名称	病　邪		病　　因	症　　状
	总因	偏胜		
行痹	风寒湿三气杂至	风胜	谷气不充，饥饿疲乏、或露卧、汗出当风	上下左右走注作痛，行走不定
痛痹		寒胜	荣血不足，卫阳不密、或充寒冒雨，寒邪袭入	疼痛苦楚，手足拘急，或感冷麻、得热稍减、遇寒愈甚
着痹		湿胜	居处卑湿，雨露浸淫、冒露雾涉水、湿自外入；饮食伤胃、嗜酒无度，以致土德不彰，湿由内生	肢体浮肿，重著，或一处麻痹不仁
热痹		阳性	阴血不足、阳气偏亢、或因湿生热，或脏腑经络先有蓄热，复为外邪所束	肌肉热极，唇中干燥，筋骨痛不可按、或伴发热

3. 以疼痛时游走情况分类

《灵枢·周痹》篇中按痹病发作时走注作痛的情况将行痹又分为二类。兹引述如下：

（1）周痹："在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所。"这种痹病的特征，是仅能随着经脉上下走注作痛，不能左右交替地变化。

（2）众痹："各在其处，更发更止，更居更起，以右应左，以左应右，非能周也，更发更休也。"这类痹病，它的发病特点是左右交替，此起彼愈，愈而再起。

4. 以受邪组织分类

《素问·痹论篇》中除了详细论述了由于风寒湿三气入袭所产生的三种痹病外，还依病邪侵袭的不同组织，列述皮、肉、脉、筋、骨五种痹病，并散见于《素问》、《灵枢》其他各篇中。兹结合后代医家的补充列成简表（见表4）。

表4　不同组织的痹病

名　　称	受病组织	症　　状
皮痹	皮毛	皮肤麻木，失去知觉
肉痹	肉	肌肉酸痛，板滞，或麻木不仁
脉痹	脉	血脉凝泣，或循脉上下作痛
筋痹	筋	肢体拘急，屈而不伸
骨痹	骨	骨重不举，伸而不能屈

此外，《灵枢·经筋》篇中还进一步分十二经筋的痹病，也属于筋痹病的范围，详见经络学专著。

5. 以个别特征分类

这种分类方法是继《内经》之后，历代医家依各种痹病所

表现的个别特征为依据，另立名目，先后发展而成为一种独立名称。其中有一部分可能来自民间，这些名称朴素地反映了各类痹病有关症状、部位、形态等的特点。兹择要举述如下：

（1）历节风："由气血衰弱，为风寒所侵，血气凝涩，不得流通，关节诸筋无以滋养，真邪相搏，所历之节皆疼痛，故谓历节风也，甚则使人短气，汗出，肢节不可屈伸。"（《圣济总录》）

（2）白虎风："大都是风寒湿三毒，因虚而入所致，将摄失理，受此风邪，经脉结滞，血气不行，蓄于骨节之间，或在四肢，肉色不变，其疾昼静夜发，发即彻髓，酸痛乍歇，其痛如虎啮，故名白虎。"（《外台秘要》）

（3）鹤膝风：由于阴虚，寒湿侵于下部而成，上下腿细，惟膝关节肿大，形如鹤膝。

（4）环跳风（又名髀枢痛）：髀枢（髋关节）部疼痛，举步跛足。

（5）腿股风：腿连股部疼痛，沿膀胱经或胆经上下走注，其中牵连腰部作痛的，称为"腰腿痛"。

（6）鞋带风：足跗（踝关节）肿或痛，行履不便。

（7）草鞋风：足部肿痛、酸重，不能步履。

（8）漏肩风（肩痹）：肩或连项背作痛，臂不能举，甚则固着如凝，称为"肩凝"。

（9）曲池风：肘痛拘急，屈伸不利。

（10）阳池风：腕部肿痛，屈腕不利。

（11）鸡爪风：见于久患手指部痹病的患者。五指卷曲，形如鸡爪。

（12）颊车风：牙关紧急，咀嚼作痛，甚则不能张口。

（13）竹节风：腰脊疼痛，僵直，不能弯曲，脊柱形似竹节。

(14) 胡桃风：起块如桃核，痛而不溃，又名桃核风。

(15) 痿痹：久痹经络衰枯，气血不利，肢体枯萎，骨弱筋挛，甚至知觉丧失。

五、脉象和舌象

1. 痹病的脉象

《脉经》称“涩而紧”。《脉诀》称“浮涩而紧”。《玉机微义》称“大而涩”。都认为涩脉是痹病的主脉。但临床所见却不多，须灵活对待。一般而论，如偏于浮缓的是风邪偏胜；浮数的是风热；浮紧的是风寒；浮而濡的是风湿；浮紧而兼数的，寒邪化热；洪大而数的，湿热为患：细而兼数的，是阴虚火旺；细而兼濡的，是气血两亏。弦而滑的，常是夹痰之证。

2. 痹病的舌苔

寒重则苔白滑；湿重则苔厚腻；夹热或化热则舌苔转黄；阴虚津少则质光绛。

六、转归和预后

1. 转归

《素问·痹论篇》中说：“五脏皆合，病久不去，内舍于其合也。”认为五脏之气分别和人体体表部皮、肉、脉、筋、骨之气相通。如果留滞在体表的病邪久久不能清除，在表不解，或者重感于三气之邪，就可以通过经络入传内脏，成为五脏的痹病。下面根据《素问·痹论篇》原意，结合后代医家的补充，列表介绍之：如果风寒湿三气内侵于腑，入膀胱则为胞痹，入小肠则为肠痹，其症状如表5。

表5　五脏痹症状

名称	症　　　　状
肾痹	腹胀，足胫痿弱，不能支持体重，坐卧席席，不能行动，脊柱骨弱，不能支持头部的重力，症见脊骨高耸，头部低垂
肺痹	烦躁，胸闷，气喘，呕吐
心痹	血脉不通，烦躁，心下鼓满，突然发生气急而喘息，喉嗌干燥，常常噫气，厥气上逆，就会发生恐惧
肝痹	晚上睡眠时会惊觉，喜欢饮水，小便频数，少腹肿大如怀孕状
脾痹	四肢无力而懈惰，咳嗽，呕吐，噎膈不能食

胞痹：少腹膀胱处按之有压痛，并有灼热感，小便短而涩，上面鼻流清涕。

肠痹：多饮水而小便不利，如果正气和邪气在肠胃中交争，也可以发生飧泄。

2. 预后

本病顽固难治。《素问·痹论篇》中指出："其留筋骨间者疼久，其留皮肤间者易已。"临床所见也与《内经》所论相符，即新病邪浅易治，久病邪深难治。而且久患痹病，骨枯肉萎，还可以转变为痿病。

痹病对生命的影响一般并不严重。但是《素问·痹论篇》中指出："其入脏者死。"凡是痹病邪入内脏的，也可以危及生命，尤其在病邪内犯心脏时，预后更为险恶，即所谓"心伤则神去，神去则死矣"。

此外，对风痹病来说，《灵枢·厥论》篇中记载："风痹淫泺，病不可已者，足如履冰，时如入汤中，股胫淫泺，烦心，头痛，时呕，时闷，眩已汗出，久则目眩，悲以喜恐，短气不乐，不

出三年死。”也可作为临床参考。

七、类证鉴别

1. 中风偏枯与痹病的区别

见表6。

表6　偏枯与痹病的鉴别

中风偏枯	痹病
1. 风热痰浊壅塞经络而成	1. 风寒湿三气杂至，闭塞经络而成
2. 为继发性，多有暴仆昏迷史，可兼口眼歪斜	2. 多原发性，无暴仆昏迷病史，间由发热，外伤转成
3. 发病兼一手一足，并必在同侧，固定不变	3. 发病不固定，常为单一手足，或某一关节、经络、肌肉、皮部，并有流走的倾向
4. 患肢多见麻木不仁，没有疼痛	4. 以疼痛为主，可不兼有麻木
5. 患肢仅可浮肿，而无红肿	5. 可出现红肿热痛等症

2. 痿病和痹病的区别

见表7。

表7　痿病与痹病的鉴别

痿病	痹病
1. 由于虚热伤津，湿热伤胃，以及肺热叶焦，津液不能布护而成，多属内伤	1. 由于风寒湿三气杂至，流注经络，经气闭塞而成，多为外感
2. 手足痿软，不能自主	2. 仅见软弱，但能自主运动
3. 多兼麻木，甚则割切不痛，无红肿现象	3. 以疼痛为主，可兼红肿，麻木不若痿症严重
4. 肌肉瘦削	4. 早期无肌肉瘦削，晚期关节变形

3. 脚气病和痹病的区别

见表8。

表8　脚气病和痹病的鉴别

脚　　气　　病	痹　　　病
1. 由湿气为患兼有内湿或外湿的不同原因 2. 仅出现下肢软弱，行动无力，或肿或不肿，多兼麻木 3. 多发生在夏秋湿季	1. 由风寒湿三气杂至，流至经络，脉气闭塞而成，多为外因 2. 四肢均可发生，以疼痛为主，可兼红肿 3. 四季均可发生，但每遇阴冷天气转剧

八、针灸治疗

1. 治疗原则

《素问·痹论篇》中说："五脏有俞（指手足三阴经脉的俞土穴），六府有合（指位在足三阳经上的六府之合，详见《经气的探讨》一文），循脉之分，各有所发，各随其过，则病瘳也。"这就是说五脏的痹病取本经的俞穴来治疗，膀胱的胞痹和大小肠的肠痹可以用合穴委中和上、下巨虚来治疗。如果病在躯体，视病变所在，沿着经脉所过，循经选穴。这是治痹的选穴原则。

《灵枢·周痹》篇："黄帝曰：愿闻众痹……岐伯对曰：刺此者，痛虽已止，必刺其处，勿令复起。"即治疗众痹必须注意巩固疗效。又说："愿闻周痹何如……岐伯对曰：痛从上下者，先刺其下以遏之，后刺其上以脱之。痛从下上者，先刺其上以遏之，后刺其下以脱之……故刺痹者，必先循切其上下之大经（原文作六经，今从《甲乙经》改正），视其虚实，及大络之

血，结而不通，及虚而脉陷空者而调之，熨而通之，其瘈坚，转引而行之。”就是说针刺治疗循脉上下，走注作痛的周痹病，必须注意疼痛出现的先后，先刺疼痛首先出现处，后刺疼痛转移之处。如果是一般的痹病，在针刺之前必须先运用切诊，按诊病部所属的主要经脉，审视经脉的虚实和络脉的血结现象，脉虚而空陷者须用补法，寒凝而气不通者须用温灸或温熨的方法；其筋和脉瘛急者，必须用针引导其气使之纵缓。络脉郁血者，必刺络出血。这是治痹的一般原则。

《灵枢·经筋》篇："治在燔针劫刺，以知为数，以痛为输。"这是指治疗筋肉的痹痛病，可以采用火针的方法，针刺必须以得气为度，并可取用压痛点作为腧穴。这是治疗筋肉痹的针刺和选穴原则。

2. *治疗方法*

《内经》中针刺治痹的方法集中地记载在《灵枢·官针》篇，兹按用途分类介绍于下。

（1）针对病位的针刺方法

刺皮痹：浅刺，用于病变局部。

毛刺（九刺之一）："刺浮痹皮肤也。"是指浅刺皮肤表面，以治疗皮痹的方法，类似目前的皮肤针法。

半刺（五刺之一）："浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气。"即快速刺入，快速出针，刺入皮下，以治疗皮痹的方法。

直针刺（十二刺之一）："引皮乃刺之，以治寒气之浅者也"，即用手夹起皮肤后将针刺入皮下的一种针刺方法。用来治疗病邪较深的皮痹病。运用这种手法也可以结合多向透刺法，参阅"合谷刺"。

刺肉痹：深刺，用于病变局部。

浮刺（十二刺之一）："傍入而浮之，以治肌急而寒者。"即

进针横向肌层透刺的方法。直针刺横刺皮下，本法横刺浅层肌，用来治疗寒邪在于肌肉而致肌肉板滞拘急的肌痹病。运用这种手法时，也可以与合谷刺结合，作多向透刺。

分刺（九刺之一）："刺分肉之间也。"是指刺深层肌的一种刺法，用来治疗肌痹，运用时与合谷刺相结合。

合谷刺（五刺之一）："左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹。"即刺在肌层之中，多向透刺，形如鸡足的一种刺法，用于治疗肌痹病。

刺脉痹：循脉而刺。

经刺（九刺之一）："刺大经结络之经分也。"是指循经脉所过处有结聚（如郁血、硬结、压痛等）的地方取穴深刺，针达经分，以治脉痹。

络刺（九刺之一）："刺小络之血脉也。"即刺小络出血以治痹病的方法。《灵枢·经脉》篇："诸刺络脉者，必刺其结上甚血者，虽无结，急取之，以泻其邪而出其血，留之发为痹也。"目前称刺络出血，也用于治疗一般的痹病。

刺筋痹：深刺，用于病变局部。

关刺（五刺之一）："直刺左右尽筋上，以取筋痹。"直刺进针，深达关节附近的尽筋（肌腱附着于骨面处），上下提插，左右捻转，用来治疗筋痹病，多用于肌腱附着点有压痛处。

恢刺（十二刺之一）："直刺傍之举之，前后恢筋急，以治筋痹。"即从肌腱的傍侧刺入，直向肌腱，一前一后，多向透刺，并须反复进退、提插，以缓解肌腱挛缩的症状。

刺骨痹：深刺，用于病变局部。

输刺（五刺之一）："直入直出，深内之至骨，以取骨痹。"是垂直深刺，针达骨骼和关节，以治疗骨痹病的方法。应与短刺法结合运用。

短刺（十二刺之一）："刺骨痹，稍摇而深之，致针骨所，以

上下摩骨也。”在进针深刺时，边摇边进，深达骨骼或关节部。然后上下提插，以加强针感，是治疗骨痹病时常用的手法。

（2）针对病机的针刺方法

多针刺

齐刺（十二刺之一）：“直入一，傍入二，以治寒气小深者。”这是一种三针齐刺的方法，多用于痹病的压痛点或有深部压痛处。

扬刺（十二刺之一）：“正内一，傍内四，而浮之，以治寒气之博大者也。”这是五针齐刺的方法，在压痛或病痛部中央直刺一针，在其压痛或病痛部周界的上下左右各刺入一针，针尖斜向中央，多用于压痛范围较大而较为表浅的痹病。

傍针刺（十二刺之一）：“直刺傍刺各一，以治留痹久居者也。”这是二针同刺的方法，一针垂直深刺，再在近旁斜向刺入一针，针尖刺达前者针旁，以扩大针刺的感应，加强针刺的效果，也多用于压痛明显处。

间歇刺

报刺（十二刺之一）：“刺痛无常处也，上下行者，直内无拔针，以左手随病所按之，乃出针复刺也。”这是一种专治循脉上下作痛，痛无常处的周痹病的方法。针刺入穴内，在留针的过程中，施用摄法以宣散气血，然后出针，于其经脉的上下方进针再刺。宜与《灵枢·周痹》篇原文互相参阅。

温热刺

焠刺（十二刺之一）：“刺燔针则取痹也。”即先将针在火上烧红，然后快速刺入，迅即拔出的方法，即近代所用的火针，多用于治疗寒痹病。

3. *后世刺痹手法*

元明时期，针灸学发展了许多综合的复式手法，其中有些是专为治痹而设，有些可用来治疗痹病的某种症状。如祛除

阴寒的烧山火法也可用来治疗寒痹症的阴冷顽麻；清热泻火的透天凉手法也可以用来治疗风痹的表证和热痹的内热；提气法能治肢体顽麻不仁，也可用于痹证；龙虎交战法有止痛的作用，在治疗痹痛时也有效；具有行气行血作用的龙（青龙摆尾）虎（白虎摇头）龟（苍龟探穴）凤（赤凤迎源）四法，古人统称为通关过节法，即专为痹病而设。还有通关交经法和关节交经法，也是治疗痹病的专用手法。

4. 选穴处方举例

治疗痹病，主要是针对不同部位的痹病选取穴位，本人常用的穴位如下：

颊车风：下关、颊车、角孙、内庭、合谷。

竹节风：华佗、夹脊、肾俞、委中、昆仑。

腰痹：肾俞、腰阳关、上髎、次髎、委中。

漏肩风：肩髃、肩髎、肩俞、肩内俞、曲池、合谷。

曲池风：曲池、尺泽、天井、合谷。

阳池风：阳池、阳溪、外关、合谷。

鸡爪风：外关、侧四缝、八邪。

环跳风：环跳、居髎、秩边、阳陵泉、丘墟。

鹤膝风：内外膝眼、阳陵泉、阴陵泉、鹤顶（灸）。

鞋带风：解溪、商丘、丘墟。

草鞋风：昆仑、京骨、公孙、然谷。

腿股风：环跳、秩边、殷门、承扶、委中、阳陵泉、丘墟。

除此之外，还应辨别病因，酌用祛除病因的穴位。举例如下：

祛风：外关、合谷、风池、风门。

除寒：然谷、大椎、关元。

燥湿：阴陵泉、足三里、复溜。

清热：大椎、合谷、曲池、阳陵泉。

解郁：内关、神门、行间。

降痰：内关、丰隆。

益精：志室、太溪、关元。

九、几个有关的问题

1. 针刺手法与部位

针刺治痹，除须辨清病因外，还须辨清病邪侵犯在什么组织，在皮、在肉、在筋、在骨，然后遵循《灵枢·终始》篇中："（病）在骨守骨，（病）在筋守筋"的原则，分别选用《灵枢·官针》篇中的各种针刺方法。

2. 针刺补泻手法的运用

由于痹病是经气为邪所闭，痹阻不通而致，病在营卫运行之不畅，所以本人主张施用疏调营卫的手法为主，（即《针灸问对》捻转补泻法和针芒迎顺补泻法），尤以捻转补泻更为适宜。至于补法或泻法的运用，本人认为当视病情虚实，病程的久暂来掌握。一般初病，邪壅脉实，当用泻法；久病经络空虚，兼有枯萎者，宜泻中寓补，或单用补法。捻转补泻和提插补泻的结合同用也很重要。因为气血的运行需要阳气的推送，补阳能起行气行血的作用，适于脉气壅滞的虚寒病；泻阳能使流行疾薄的气血因之而徐缓，适于阳热亢盛的热痹病。临床之际，可以视病情的需要，灵活掌握。

3. 刺灸与火罐的选择和运用

根据《内经》"凝涩者，致气以温之"的施治原则，治痹一般均宜应用温针、温灸、温熨等方法（唯热痹病和风痹病不用）。所以火罐也可应用，一般可用在压痛明显处，有活血祛瘀的作用。在骨突不平和有毛发处，往往不能吸拔火罐，可以先贴上一个面饼，然后吸拔。

按：本文系根据陆老平时讲课的提纲整理而成。对痹病的沿革、病因、病机、分类、转归、预后、鉴别和治疗都有详细的论述，很有参考价值，现全文收辑。

痿证(痿躄)的针灸治疗

"痿"与"萎"义通,也作"腇",在很多医籍中常称"痿躄",其实"躄"者仅是指足不能行走的症状。《史记正义》说"躄,跛也。"吴崑《素问注》也说"躄,足不用也。"但是在临床上,痿证决不是仅有足痿不用,往往同时兼有上肢或下肢不能随意运动,或只有上、下肢痿弱的症状。所以将"痿证"称为"痿躄"不能仅从字义来理解。

古人命名的根据本自《素问·痿论篇》。其文说"肺热叶焦发为痿躄",又说"五藏因肺热叶焦,发为痿躄",因为古人观察到,虽然五脏各有其痿,但是总的原因,乃是肺热之故,又因为肺热而发生的痿躄多有下肢不用的症状,所以将"痿证"概称为"痿躄",是从其发病机理立名的。

"痿证"在古代,可能也是一种比较普遍的疾病,所以《素问》对此设有专论。后世医家的论著,皆以《素问》为根据,未有逸出其范围的。但有的医著将其称为"瘫痿"意指痿必兼瘫。本章讨论,仍以《内经》作为主体,分叙于后。

一、症状和病因

《原病集》说"痿乃痿弱无力,不能运动也。"又《素问·生气通天论篇》也说:"因于湿,首如裹,湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿。"所以痿病的症状一般是手足软

弱无力，关节纵缓不收，不能运动，甚至病肢消瘦，筋肉枯痿。

1. 痿病的脉症

脉多缓而弱，亦有虚细微弱，或浮而大者。尺脉虚弱，缓涩而紧者，病为足痛，或为痿痛。痿躄脉虚者生，紧急疾者死。

2. 痿病的原因

《素问·痿论篇》中除说明是由肺热叶焦引起外，还说“阳明虚，故足不用也”。从《内经》的启示，后代医家如朱丹溪解释说：“肺属金性燥居上，而主气畏火者，脾属土性惧居中，而主四肢畏水者也。若嗜欲无节，则水失其养。（肾火）寡于畏而侮其所胜，肺得火邪，而热矣，肺受热邪，则金失所养，木寡于畏而侮其所胜，脾得木邪而伤矣，肺热而不能受摄一身，脾伤则不能运动四肢，而病痿矣。”

后李士材说：“诸痿之症未有不因阳明虚而致者。”《灵枢》云：“真气者，所受于天与谷气并而充身者也。”《素问》曰：“阳明者，五脏六腑之海也，四肢不能禀水谷气，阴道不行，筋骨肌肉无气以生，故不用焉。盖真气者，天之道也，谷气者地之道也，地非天不生，天非地不成，故真气与谷气并而发生身也，阳明虚，五脏无所禀受，则不能行气血，濡筋骨利关节，故肢体中随其不得要水谷气处，则病痿……”

以上论述，清楚地解释了痿证的发病是由肺热阳明虚所成。《病机汇论》也说：“五脏有热，阳盛阴衰，以致血脉干槁，津液涸竭，不能荣养津脉，渗灌溪谷。故大病年衰，妇人产后，金疮失血过多之后多成此疾。”进一步说明了发病的原因是由于血脉干槁，肢体不得受水谷之气而成。

痿证“内热正虚”的发病机理上面已解释明白，但这些仅是内因，张志聪说：“痿从内而合病于外。”所以除内因以外，痿证还往往与外因合并而发生，对此李士材也分析说：“痿乃正气自虚，致成湿热拂郁，懈惰为柔缓之邪，当以不足名之，或者

初伤七情，及饮食厚味，中焦郁积，淫气不清，湿热乘虚，为痿者有之。或者初感湿痹郁久成热，气血渐虚，为痿者有之，不可热也。”由此可见痿证的外邪虽以湿热为主，其发病诱因除《病机汇论》指出的大病、年衰、产后、金疮失血过多等以外，还可因内伤七情、厚味伤脾，或久病湿痹而致。另外劳欲伤肾，也往往是痿证的内伤主因。

二、分类

1. 五痿

《素问·痿论篇》根据脏腑学说将痿证分为五种类型，分别依照五脏所主而命名。即所谓“五脏痿”，五脏使人病痿，张志聪说：“夫形身之所以能举止动静者，由脏气之煦养于筋脉骨肉也，是以脏病于内则形痿于外矣。”五痿的名类如下：

（1）痿躄　肺主身之皮毛，故又名皮毛痿。病机为肺热叶焦，皮毛虚弱急薄，著则生痿躄。

（2）脉痿　心主身之血脉，故名脉痿。病机为心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿。悲哀太甚，则胞络绝，阳气内动，发则心下崩，数溲血，大经空虚，发为肌痹，传为脉痿。

（3）筋痿　肝主身之筋膜，故名筋痿。病机为肝气热，则胆泄口苦筋膜干，筋膜干则筋急而挛。思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚，则宗筋弛缓，故为筋痿。

（4）肉痿　脾主身之肌肉，故名肉痿。病机为脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。有渐于湿，以水为事，若有所留，居处相湿，肌肉濡渍，痹而不仁，发为肉痿。

（5）骨痿　肾主身之骨髓，故名骨痿。病机为肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。有所远行劳倦，逢大热而

渴，渴则阳气内伐，内伐则热舍于肾，肾者水藏也，今水不胜火，则骨枯而髓虚，故足不任身，发为骨痿。

上面所介绍《素问》的“五痿”，虽然名称各异，但是均与肺热叶焦有关。马莳说：“夫凡曰痿者，皆有痿躄之义，而惟肺痿名曰痿躄，其余脉、筋、肉、骨皆成此痿。亦不免于痿躄，则知痿躄为病之证，肺气为病之本矣。”由此可见肺热而致的痿躄，可以概括地代表“五痿”。

2. 五痿的鉴别

《素问·痿论》说：“肺热者，色白而毛败；心热者，色赤而络脉溢；肝热者，色苍而爪枯；脾热者，色黄而肉蠕动；肾热者，色黑而齿槁。”

三、治疗

针灸治疗痿证的方法，《素问》中记载了原则性的治法，就是“治痿独取阳明”和“各补其荥而通其俞”，兹介绍于后。

1. 治痿独取阳明

《素问·痿论》说：“阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，束骨而利机关也。”《医宗金鉴》说：“痿属燥病，故皆因肺热而生也。阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，阳明无病则宗筋润，能束骨都利机关，虽有肺热，不能成痿也。”所以虽然痿因肺热而致，但治疗独重阳明。

2. 各补其荥而通其俞

荥是十二经脉五输穴中的荥穴，俞是俞穴，补即致其气，通则行其气。张景岳说：“上文云独取阳明，此复云各补其荥而通其俞，盖治痿者当取阳明，又必察其所受之经，而兼治之。如筋痿者，取阳明厥阴之荥俞；脉痿者，取阳明少阴之荥俞；肉痿骨痿其治皆然。”根据张氏论述，治痿的方法，则是以足阳明

胃经的荥穴“内庭”、俞穴“陷谷”为主穴，再视病在何经，配合受病经脉的荥俞穴，共同应用，兹将五脏经脉的“荥”、“俞”穴列表如下。

附表　五脏经脉的荥、俞穴

病　名	受病经脉	荥　穴	俞　穴
痿　躄	手太阴肺经	鱼　际	太　渊
脉　痿	手少阴心经	少　府	神　门
筋　痿	足厥阴肝经	行　间	太　冲
肉　痿	足太阴脾经	大　都	太　白
骨　痿	足少阴肾经	然　谷	太　溪
诸痿皆取足阳明胃经		内　庭	陷　谷

3. *历代医家论痿证的治疗*

其实历代医学家对痿证的治疗，一般多以局部治疗为主，兹将各家治痿成方择要介绍如下。

《灵枢》:“足少阳之别，名曰光明，去踝五寸，别走厥阴，下络足跗，实则厥，虚则痿躄，坐不能起，取之所别也。”

《甲乙经》:“足缓不收，痿不能行，不能言语，手足痿躄不能行。地仓主之。”

“痿不相知太白主之。痿厥，身体不仁，手足偏小，先取京骨后取中封、绝骨(悬钟)，皆泻之。痿厥寒，足腕不收，躄，坐不能起，髀枢脚痛，丘墟主之。痱痿，臂腕不用，唇吻不收，合谷主之。”

《千金方》:“冲阳、三星、仆参、飞扬、复溜、完骨、主足痿失履不收。”

《医学纲目》:“脚溺无力,行步艰难,灸太冲、厉兑补之;又灸风市,又法取太冲五分(忌灸),又取中封五分,三里一寸,两足瘫痪,两腿无力,灸鹤顶7壮。”

《针灸大成》:

手腕无力:列缺。

足痿不收:复溜。

脚弱:委中、足三里、承山。

足缓:阳陵、冲阳、太冲、丘墟。

足不能行:足三里、曲泉、委中、阳辅、三阴交、复溜、冲阳、然谷、申脉、行间、脾俞。

《针灸集成》:

臂细无力:肩髃、曲池、列缺、尺泽、支沟、中渚。

四肢不收,怠惰嗜酸:脾俞、三阴交、章门、照海、中脘、解溪。

从上面的一些方例中可以看出,历代医家治痿,在针灸方面均以局部取穴为主,适当兼顾脾胃。兹举处方三则,以供参考。

方1 适应:下肢痿证

取穴:足三里、阳陵泉、曲泉、绝骨、复溜、丘墟、解溪、太冲、中封、三阴交、仆参、阴市、风市、环跳、白环俞、肾俞(轮流使用温针)。

丘墟、阳陵泉、风市、环跳、光明、肾俞,每次针后,轮流加用火罐,每次吸5～15分钟。

方2 适应:上肢痿证

取穴:大杼、肩髎、肩髃、尺泽、曲池、合谷、列缺、阳池、中渚、腕骨(轮流使用温针)。

阳池、中渚、曲池、肩髃、大杼每次针后,轮流加用火罐,每次吸5～10分钟。

为了加强疗效还可辅以健脾胃的治法，以补益病人的气血，这也就是治痿独重阳明的意思。应用处方如下：

方3　适应：健脾化湿，补益气血。

取穴：足三里、中脘、脾俞、胃俞(均补)。

针灸对痿证的疗效，一般说来是比较显著的，虽在中医理论上认为本证属于热证，但从临床实际来看，所谓热者仅为初期的现象，及至手足痿弱，肌肉瘦削的症状出现时，已属后遗症。所以治疗上还应以虚证对待，可以使用温针。但若初起而有热象，脉见急数，舌苔黄腻或质绛，不可使用温针，待热去而脉见缓弱者，才可使用。

拔罐疗法，对初病有热者不应施用。痿证是一种慢性疾病，因此在治疗过程中，医者和病人均不可存速效之心。另一方面除治疗外，平时还须注意调养，多休息，戒房事，勿过食伤胃，以重损阳明之气，待肢体运动逐渐恢复，还须加强锻炼，以冀早日康复。

按：本文是朱汝功老师在上海中医学院第一届西学中研究班上的讲课稿，对痿证的历史文献介绍比较全面，虽本于古，但不拘古，治疗方案也实事求是，可以师法，特予收辑。

怔忡的针灸治疗(附:惊恐)

"怔忡"二字连用,是出于后世医家,古时只有"心悸"和"心动"等名。《灵枢·经脉》载:"手厥阴心主之脉,是动则病,心中憺憺大动。"《伤寒论》和《金匮要略》中都称"心下悸"、"心动悸"、"心中悸"等,也有称"惊悸"、"恐悸"的。这因临床常遇到病人主诉心悸而兼惊恐不安,以及惊恐之后,可出现心悸的现象。《医学纲目》说:"惊恐亦曰心中憺憺大动,谓怕惊而心动也。"可见惊恐、心悸是相连带的症候。元朱丹溪说:"悸者,怔忡之谓。"清程国彭也说:"悸为心动,谓之怔忡。"下面就怔忡的病因、证候和治疗作简要介绍。

一、病因

《伤寒明理论》说:"心悸之由,不越二种,一者气虚,二者停饮也。"又说:"饮水多,必心下悸,是停饮也。""其气虚者,由阳气内弱,心下空虚,正气内动,而为悸也。""其停饮者,由水停心下,心为火而恶水,水既内停,心不自安,则为悸也。也有汗下之后正气内虚,邪气交击,而令悸者,与气虚而悸者则又有甚焉。"这是伤寒病见怔忡的病因。

在杂病方面,怔忡往往与肾亏、血虚和痰饮等有关。王肯堂《证治准绳》说:"悸之为病,是心脏之气不得其正动,而为火邪者也,盖心为君火,包络为相火,火为阳,阳主动,君火之下,

阴精承之，相火之下，水气承之，夫如是而动则得其正……若乏所乘则君火过而不正，变为烦热，相火妄动，既热且妄动，岂不见心悸之证哉。”

E肯堂又说：“心者神明居之，经曰：两精相搏谓之神，又曰：血气者人之神，则是阴阳气血，在心脏未始相离也，今失其阴，偏倾于阳，阳亦失所承而散乱。故精神怔怔忡忡，不能自安矣，当自心脏中补其不足之心血，以安其神气。”

以上两条引文，清楚地阐述了肾亏、血虚者，因阴不能养阳，心阳偏亢而散乱，发生怔忡的症状。

对痰饮的病人，王肯堂也说：“痰饮停于中焦，碍其经络，不得舒通，而郁火与痰相击于心下，以为怔忡者，必导去其痰，经脉行则病自已。”这就是说痰饮停积，经脉不通，也可以发生怔忡。还有《灵枢·经脉》说的“手厥阴心主之脉是动则病心中憺憺大动”。这是手厥阴心包络经脉的病，也可引起怔忡。

二、症状和治疗

1. 症状

《伤寒明理论》说：“悸，心忪是也，筑筑惕惕然动，怔怔忪忪不能自安者是也。”张景岳也说：“怔忡之病，心胸筑筑振动，惶惶惕惕，无时得宁者是也。”所以怔忡就是心中筑筑地跳动，惶惶惕惕，久而不宁的一种症状。

虽然惊病也有心悸的症状，但是两者有所不同。E肯堂说：“怔忡者，本无所惊，心自动而不宁，惊者，因外有所触动而卒动。”这就指出了怔忡的心悸和惊病的心悸是有区别的。

2. 治疗

治疗怔忡，应该根据病因，分别标本、缓急，依照脏腑经络的

虚实，运用阴募阳俞，经络表里等理论，结合古人治疗经验选取穴位，以虚则补之，实则泻之的总则来决定手法，调和阴阳。下面依照伤寒和杂病不同的病因，重点列出7张处方，以供参考。

（1）伤寒怔忡方例

方1 适应：外感未解，心中悸烦者。

处方：外关－、大陵－、合谷＋、通里－、中脘＋。

条文例：《伤寒论》第102条："伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。"

讨论：成无己说："伤寒二三日，邪气在表，未尝传里之时，心中悸而烦，是非邪气搏所致，心悸者，气虚也，烦者，血虚也。"所以本方治则以定悸、除烦、解表、补中为主。方义为取外关、合谷发汗解表；大陵、通里定悸除烦；中脘补中，以益气血，取小建中汤和中解表之意。

方2 适应：心气不足，脉见结代而悸者。

处方：神门＋、太渊＋、内关＋、心俞＋、巨阙＋。

条文例：《伤寒论》第177条："伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。"

讨论：柯韵伯说："伤寒主心，神明不安，故动悸，心不主脉，失其常度，故结代也。"脉见结代，在临床上多见危症，针灸治疗必须十分谨慎，处方精神以复脉定悸为主。方义为补神门、内关以补心经之不足，并可安神明。配合心俞、巨阙俞募，也可补心气，纳不足，并可止悸，这是内经十二刺中的偶刺法。太渊是脉之会，补之可补脉气不足。心气足，神明安，脉气复，悸亦自止。本方可适用于一切心气不足，脉见结代的病人。

方3 适应：误汗亡阳，心阳不振而悸。

处方：膻中△[注]、巨阙△、心俞△、阴郄△。

［注］"△"表示灸。下同。

条文例:《伤寒论》第64条:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之。”

讨论:尤在泾说:“心为阴脏,而汗为心之液,发汗过多,心阳则伤。”所以大汗亡阳,心阳不振而悸,针灸治疗以温复心阳为主。以上各穴,均用灸法,目的在于扶助阳气。取巨阙、心俞施灸能补益心阳,配合膻中是气之会穴,亦能补益阳气,并可温暖胸膈。阴郄为心经之郄穴,病在危急时灸此穴,可以回阳止汗。以上四穴俱有回阳、止汗、定悸的作用。

方4　适应:停饮而怔忡。

处方:水分△、阴陵泉△、膻中△、巨阙△。

条文例:《伤寒论》第356条:“伤寒厥而心下悸,宜先治水,当服茯苓甘草汤。”

讨论:汪琥说:“厥而心下悸者,明系饮水多,寒饮留于心下,胸中之阳不能四布,故见厥。”因为此也属阳虚之证,所以也用灸法,治疗精神以分利水源为主,兼顾止悸。灸水分、阴陵泉可利尿消水,灸膻中、巨阙可温化胸膈之水气,并可止悸。停饮去,胸下宽释,心阳得宣,悸则停矣。

(2)杂病怔忡方例

方5　适应:痰饮怔忡。

处方:足三里+、丰隆-、中脘△、巨阙△、膏肓△。

主症:怔忡惊悸,喘咳呕吐,下利眩晕,痞膈壅塞,胸胁间辘辘有声,脉弦滑。

讨论:此证乃痰饮引起怔忡,当以化痰为主。《医学纲目》说:“胸中有痰饮,吐逆不食,取巨阙、足三里,又诸痰饮取丰隆、中脘。”此四穴相配是古人治痰饮的基础成方,另配膏肓灸之,也可化痰,兼治喘咳。痰化胸膈开,悸亦自止。若见痰稠而黄,脉滑数,舌苔黄腻,为痰饮郁火而悸,不可用灸,应采用针泻法。

方6　适应：血虚怔忡。

处方：神门－、支正－、间使－、足三里＋、膈俞＋。

主症：面色苍白，耳鸣眼花，心悸或惊恐，脉细数，或细弱。

讨论：血虚怔忡，病程较长，收效也慢，治疗须止悸、益血并重。神门、支正、间使均可止悸、除烦，泻此可泄过盛的火热之气。足三里、膈俞二穴补之可益阴血。若脉细弱，可试用灸法，如灸后怔忡加重应当停灸。

方7　适应：肾亏怔忡。

处方：神门－、太溪＋、少海＋、曲泽＋、肾俞＋。

主症：怔忡盗汗、咳血、吐衄，遗精骨蒸，崩漏经闭，颧赤唇红，五心烦热，口干不寐，脉数无力。

讨论：肾亏怔忡，是水亏火旺，故针灸治疗也以滋水降火为主。泻神门即泻心火，兼起止悸作用；补太溪即滋肾水；再取少海是心经合水穴，曲泽是心包经合水穴，补本经水穴，也可制本经之火，同时亦有止悸作用；补肾俞可滋肾水，固精止泄起治本培元的效用。

附：惊和恐的证治

1. 惊

(1) 病因　惊病的原因可分内外两种：

王肯堂《证治准绳》说："因触于外事，动其心神，心动而神摇。"这是由外因而动摇心神，发生惊悸的症状。

《素问·至真要大论篇》说："诸病惊骇，皆属于火。"这说明了惊骇也可由火而生，就是内因所成。

综合内外两因，陈无择说："惊因事有所大惊而成，名曰心惊、胆怯，病在心胆二经。"所以惊病的发生不论内因和外因总

和心胆二经有关。在经脉方面，《灵枢·经脉》篇也说："胃足阳明之脉，是动则恶人与火，闻木声则惕然而惊。"是动病时也可发生惊悸。

(2) 症状　是因目见异物，耳闻异声，突然心悸，但事过以后，即渐渐平静，这是和怔忡的心跳久而不宁有所不同的。

(3) 治疗　以壮心胆、泻相火为主。

(4) 处方　阳交＋、解溪＋、胆俞＋、心俞＋、内关一。

(5) 讨论　阳交、解溪两穴的配合，是古人的经验成方，《百症赋》说："惊悸怔忡，取阳交、解溪勿误。"用来治惊，能补少阳、阳明不足。补胆俞、心俞可益心胆之不足，配内关泻三焦与心包的相火，这都是治本之法。

2. 恐

恐病的原因也可以分内外两方面：

(1) 病因　王肯堂说："因惑于外事，内欠其志，志欠则精却。"这是因外事而引起的恐病。又说："热伤其肾，肾伤则精虚，精虚则志不足。"即是引起恐病的内因，总的说来，恐是因肾志不足而成。

在经络方面《灵枢·经脉》篇说："肾足少阴之脉，是动则病，心如悬，若饥状，心惕惕如人将捕之。"也说明恐病可因肾经而起。

(2) 症状　《灵枢·本神》篇说："恐者神荡惮而不收。"《经脉》篇说："心惕惕如人将捕之。"从这二句引文，就可见其大概。

(3) 治疗　以壮肾志、宁心神为主。

(4) 处方　大钟＋、通里＋、腕骨＋、郄门＋、志室＋。

(5) 讨论　虽然恐是肾志不足之证，但在症状表现上亦有神荡惮而不收心神不安的现象，所以取肾经的络穴大钟，补益肾经，取腕骨、通里主客相配，在此方内起益心宁神的作用。

郄门亦古人治恐宁神要穴，另配志室以益志固精，此穴又名精宫，顾名思义，即知为肾藏精藏志之所。

怔忡、惊、恐，同属情志病，是互为关联的证候，也可分别单见于临床。一般患怔忡者每见惊恐，而易惊恐者不一定常兼怔忡。惊证责在心、胆；恐证责在肾；怔忡重在养心安神，在治疗上必须作全面考虑。

按：本文是朱汝功老师在上海中医学院第一届西学中研究班上的讲稿，说理清楚，言而有据，文赅义深，可以师法，虽仅举7例，然细思化裁，则治惊恐怔忡之法，尽在其中矣。

针刺治疗舞蹈病一例

一、病历

王某某，女性，17岁，学生。门诊号：13977。因患四肢关节酸楚，手足不自主运动，于1961年与5月5日来诊。

患者于3月下旬曾受雨淋，次日即感头痛、发热、四肢关节疼痛。当至某医院门诊，服药后，发热渐退。3星期后，出现右手足不自主乱动，再至该院诊治，经化验室检查：抗链球菌溶血素"O"333单位，抗链球菌溶血素酶抗透明质酸酶1.40单位，丙种球蛋白反应(—)，血沉降率29毫米/小时(克氏法)。心电图检查：Ⅰ级房室传导阻滞。诊断为风湿性关节炎及舞蹈病。经治疗后，未能遏止其发展，因来作针灸治疗。

当时患者四肢关节游走酸痛，左右交替，手足乱动，意识无法控制，讲话时由于舌体不自主运动而发音不清，伴有短气、多汗，脉细弦，舌边红、苔薄腻。体检：体温正常，肺(—)，胸骨右缘三尖瓣区有Ⅱ级收缩期杂音，心率80次/分，心律不齐。化验室检查：抗链球菌溶血素"O"1 250单位，血沉降率52毫米/小时。心电图检查：右心室肥大。

中医辨证：属肝肾两亏，卒中风寒湿邪，郁而不解，化热引动内风，内外合邪，震动四末，发为四肢舞动，延及舌本，则发音不清。"风者，善行而数变。"风邪偏胜，故四肢关节走痛；风气淫铄，故汗出而短气。印象：① 肝风(舞蹈病)；② 行

痹——众痹(风湿性关节炎)。治当平肝熄风,蠲痹通络。

取穴:方1　行间-、三阴交+、曲泉+、肝俞-、筋缩-。

方2　肩髃-、曲池-、合谷-、内外膝眼-、阴陵泉-、阳陵泉-、足三里-、天柱-。

手法:方1用提插;方2用捻转。

治疗经过:自5月5日至5月11日经针治4次,四肢舞动大减,酸痛亦减轻,仍宗原方施治。

5月12日诊:有后头及额部胀痛,脉弦细。辨为肝阳冲逆,上凌清旷,按前法佐以潜阳。

取穴:方1　加太阳-、风池-、脑户-、风府-。

方2　不变。

5月15日诊:下肢舞动已止,头痛、四肢关节痛均减,原方续进。

5月16日诊:今晨忽觉胸闷、气急,脉弦数,苔无变化,兼施宽胸利气之法。

取穴:另拟方3　公孙+、内关-、巨阙-、膻中(刺)。

手法:提插。

5月17日诊:四肢舞动已止,但咽干作痛,失眠,心悸。检查:咽喉充血,脉浮数。此复感风热之邪,虑其再动内风,急施疏风泄热、宁心安神之法。

取穴:停用方3,改用方4。少商(出血)、天容-、郄门-。

手法:提插。

5月19日诊:咽痛已减,睡眠转安,心悸亦停,四肢舞动及酸痛均已消失,脉细微弦。诸恙悉退,改用平肝宁神、疏风通络之法,以图巩固。

取穴:方5　郄门-、大陵-、曲池-、列缺-、合谷-、百会-、太阳-、风池-、阳陵泉-、曲泉+、三阴交+、行间-、天容-。

手法：捻转结合提插。

5月20～22日，12诊后，咽肿渐退，惟仍有头痛，再宗前方。

取穴：方5　加照海＋。

5月23～25日，15诊后，诸恙悉平，惟因感冒，有鼻塞，低温(37.2℃)2天，兼有眼皮刺痛。

取穴：原方加大椎－、外关－、攒竹－。

手法：提插。

5月27～31日，17诊后，体温降退，于6月1日恢复上学。6月7日检查，血沉降率下降至10毫米/小时，抗链球菌溶血素"O"下降至400单位。又续治6次，观察至6月下旬，无特殊变化，停止治疗。

治疗后随访3年，未见复发。

二、体会

1. 现代医学文献记载，本病常伴风湿病发生，80%以上的病例发生在5～15岁之间，女性高于男性3倍。发病以春季为多。此例的性别、年龄(病史摘要中的年龄为虚岁)及发病时间，均与文献记载相符。

2. 本病目前尚无特效疗法，虽然文献记载一般均可恢复，但平均要在发病后3～6个星期，有时甚至可延至数月以上，且多为暂时的间歇，往往不久即又复发。此例来诊时发病甫2星期左右，经4次针治后，四肢舞动大减，针治10次后，舞动完全停止，自初诊至治愈，前后共13天，距发病仅4星期左右，说明针刺对此病有一定的治疗作用。

3. 本病在祖国医学文献中无明确的记载。作者按《素问》"诸风掉眩，皆属于肝"的理论，诊断为"肝风"。患者有关

节游走作痛的症状，符合于“行痹”的诊断，而其走痛以关节为主，左右交替，则应与其他行痹相区别。《灵枢·周痹》篇曾载有两种相异的行痹，其一以循脉上下作痛为主症，名为“周痹”；其二以左右交替发作为特征，名为“众痹”。后者与此例关节痛症状相合，故诊断为“众痹”。

4. 作者认为，治疗此病，首须平肝熄风，以治其标，因风邪鸱张，鼓动四末，不先平熄，则必煎液伤阴，而愈助长气火，势难收治疗之效。故取行间、肝俞泻之以平肝、缩筋面舒筋熄风，补三阴交、曲泉柔肝而熄风，施以具有调和阴阳作用的提插补泻法。在平肝熄风的基础上，则还须蠲痹通络、疏邪以治其本。取肩髃等方 2 穴，施以捻转迎随法，俾经气接续，则郁滞之邪，可随之而解。

按：本案为朱汝功老师 20 世纪 60 年代初在龙华医院门诊部治疗之病例，病史记录也较完整，施治过程理法方穴清楚，疗效也较突出，现予收录，以飨读者。

中西医结合治愈重症中风（脑溢血）一例的报告

一、病史

某某某，48岁，女，上海人，已婚，农民，住院号896。于1961年9月28日入院，1961年12月30日出院。患者素有头痛眩晕史，28日中午大扫除时突然发作头晕，右手足无力，言语失利，继之右半肢不能活动。于下午4时许来本院急诊。5时50分左右，神志陷入昏迷，两手握固，牙关紧闭，遗尿在床，血压32/18.6 kPa(240/140 mmHg)，当时诊断为中风，经刺人中一、十宣一后收入病房，进行抢救。

检查：体温37℃，脉搏68/分，呼吸17/分，血压32/18.6 kPa(240/140 mmHg)。

发育正常，营养较差，体形消瘦，神志不清（重度），皮肤无异色，面赤气粗，两手握拳，头向左侧偏卧，喉间有痰声，肌表无灼热，下肢厥冷，脉弦滑，舌苔因牙关紧闭无法观察。头部外形正常，无瘢痕，目部瞳孔等大，边缘整齐，对光反射存在，目向左侧斜视，眼底视网膜动脉硬化。耳部无特殊，听力压痛无法检查。口腔有假牙，鼻唇沟右侧较浅。颈项部柔软，无静脉怒张，甲状腺未扪及，气管居中。胸部外形正常，两侧对称。肺部呼吸匀称，无明显浊音区，呼吸音粗糙，无干湿罗音，语颤及语音无法检查。心尖搏动在乳下第5肋间、锁骨中线外约1

厘米处，范围较大，无猫喘，心界向左扩大约1厘米左右，心音亢进，心律齐，率68/分，二尖瓣区有2级收缩期杂音，性质柔和，向主动脉瓣区传导，$A_2>P_2$。腹壁柔软，肝脾未扪及，无色块及静脉怒张，叩诊呈鼓音，肠鸣音存在。全身浅表淋巴结未触及。腹壁反射存在，两侧膝反射(+)，巴彬斯基(Babinski)、渥宾汉(Oppenheim)、戈登(Godon)氏征均(—)。

实验室检查：血色素115克/分升，红血球3.64×10^{12}/升，白血球4.8×10^{9}/升。白血球分类：中性0.80，淋巴0.20。血小板120×10^{9}/升，出血时间2分30秒，凝血时间3分30秒。总胆固醇21毫克%。华康氏反应(—)。小便常规(—)。

医案：病者年居七七，任脉已虚，太冲脉衰，兼以身形消瘦，营阴不足可知。血亏则木失滋营，肝阳偏亢，故平素眩晕时作。今者，烦劳气张，心阳暴炽。

心者君主之官，肝木之子。心火陡盛，引动肝风，于是风火相煽，燔液成痰，随气上涌，攻迫巅项，横窜络道，神明受窒，肢体失用，发为斯疾。今据病者于发病之初无被贼风袭中之原因可查，发作之时又无六经形证，当属类中之候；而神志不清，则是风中脏腑无疑；又见牙关紧闭，面赤气粗，两手握固，脉来弦滑等，当为闭证，但小便失禁，则为肾气失固，恐系先天之本将绝之兆。据证论治，当开窍清热，熄风降浊为先，兼须温固元阳，慎防暴脱。

印象：中医：类中风——中脏腑。西医：① 脑溢血(左侧内囊)；② 高血压；③ 高血压性心脏病——左心室肥大。

二、治疗经过

28日下午6时入院，当时脉证治则已详病史，采用中西结合抢救之措施，处理如下：针灸：人中一、十宣一(开窍泄热)，

涌泉+(上实下虚,引而下之)、颊车一、下关一(开口噤)、行间一(平肝熄风)、丰隆一(豁痰降浊)、气海+(扶元固本),均用提插补泻法(调和阴阳)。

中药:陈胆星(包)5.5克,竹沥半夏9克,天竺黄9克,鲜菖蒲9克,淡黄芩9克,朱茯神9克,煨天麻6克,陈皮5克,石决明30克,牛黄清心丸1粒另吞。

西医处理:① 头部抬高30°;② 插导管鼻饲;③ 青霉素20万单位Q6 h(im);④ 维生素C500毫克+50%葡萄糖40毫升Bid(iv);⑤ 维生素$B_1$50毫克+维生素K3.8毫克,Qd(im)。当日夜间12时血压下降至21/15.7 kPa(160/118毫米汞柱),脉象仍弦,神志不清。

29日晨,神志似较清醒,血压22.6～15.7 kPa(170/118 mmHg),诸症无变化,针灸、中药处方同前。

30日晨,血压25/17 kPa(188/128 mmHg),神志仍昧,脉弦稍减,仍拟开窍降浊之法,兼固其本。针灸,上方加廉泉一(启会厌、开神明),中药原方一帖。

10月1日血压回升至27/15.9 kPa(206/120 mmHg),病者烦躁不安,脉弦数。晨8时左右体温上升至38.1℃,白血球8 000/立方毫米,分类:中性80%。当时辨为肝火冲逆,引动厥阴之火,二火相煽,恐内伐元气,煎熬真阴,变生叵测,除仍予开窍降浊外,兼用镇肝潜阳、扶元固本为治法。

针灸:加合谷一、太冲一(开四关以镇肝潜阳)、然谷+(补水中真火,引火归元,以固其本)。中药:原方加龙胆草9克,牡丹皮9克。当日下午体温回降至37.3℃,血压下降至22.6/15.3 kPa(170/115 mmHg)。晚上又显烦躁,屡欲坐起,夜班医生给予冬眠灵25 mg(im),给药后恢复安静。

10月2日,无变化,针灸、中药同前方,晚上又一度烦躁,经注射冬眠灵后恢复安静。

10月3日，神志仍昧，小便失禁，大便自卒中以来一直未解，病者时而出现烦躁，血压22.6/15.7 kPa（170/118 mmHg），体温37.5℃，脉象弦数，诸症似尚稳定，故除守前则施治外，兼用顺下通便之法。针灸：加照海＋、支沟－（通大便）。中药：上方去龙胆草，加火麻仁9克。

10月4日，无变化，治法同前，但大便仍未解。

10月5日，病者有汗出、循衣摸床之动作，血压32/18.6 kPa（240/140 mmHg），脉弦细而数，因虑肝火化风，故加强熄风敛阳之措施。针灸：人中－、百会－、风池－、行间－、廉泉－、关元＋（扶元防脱）、然谷＋、合谷－、太冲－、支沟－、照海＋、三阴交＋（育阴）。中药：原药加钩藤9克，龙骨15克，牡蛎30克。

10月6日，连日针药并施，体温渐复正常，神志已较前清楚，但有时仍有烦躁，大便迄今未通。因虑病者之烦躁或为燥矢积滞，腑气未通所致，乃予盐水灌肠通便，便后烦躁改善，脉象仍弦，故停用青霉素，再予熄风安神，针药并施，以图巩固。针灸去支沟、照海穴，中药去火麻仁。

10月7日，神志渐清，病者安静，血压21.3/15.7 kPa（160/118 mmHg），脉象弦数渐减，风阳渐平，故除宗前治外，兼用疏调经气，挽救肢体偏废为治，同时停止西药支持疗法。针灸：百会－、廉泉－、合谷－、太冲－、关元＋（提插补泻）、肩髃（左）＋、阳陵泉（左）＋、绝骨（左）＋（捻转补泻）。中药去牛黄清心丸加怀牛膝12克、大秦艽9克、厚杜仲12克。

10月8日，神志已清，能与医生作简短对话，但牙关仍紧，语音模糊，血压21.3/14.6 kPa（160/110 mmHg），脉弦滑。至此病已脱离险境，故改用调补气血、疏通经络之法为主，停服中药，单以针灸治疗。

针灸：百会－、风池－、颊车－、下关－、三阴交＋、中脘

＋、足三里＋、气海＋(均用提插补泻法)、肩髃(右)－、曲池(右)－、合谷(右)－、阳陵泉(右)－、环跳(右)－、风市(右)－、丘墟(右)－(均用捻转补泻法)，连治7天。

10月14日，神志完全恢复清醒，能诉说病状，对答正确，右下肢开始移动，牙关开松，口能启闭，脉仍弦，舌光剥根腻，血压18.6/14.6 kPa(140/110 mmHg)。仍须调补气血，巩固疗效，并以挽救肢体为主要治则。

针灸：① 肩髃、曲池、合谷、环跳、风市、阳陵泉、绝骨、丘墟(上穴2次取病侧，用泻法，1次取健侧用补法，轮流施用)，用捻转补泻法。② 百会－、风池－、太阳－、丰隆－、行间－、三阴交－、足三里＋、血海＋、中脘＋、气海＋，用提插补泻法。

10月21日，情况续有好转，血压稳定在18.6～14.6 kPa(140/100 mmHg)左右，右手亦能活动，右足已能屈伸，舌质红、苔剥、根微腻，脉细弦，仍宗前治。

10月31日，病人第一次由人扶持起床，已能举步，步态蹒跚，脉象渐缓，舌质淡红，苔薄。针灸：第二方曲泉＋、太冲－，改为间日治疗1次。

11月15日，病者已能自己起坐，右手足能自由活动，但力较差，仍宗前治。

11月30日，血压稳定，病已基本治愈，于12月3日出院。

三、体会

1. 通过这个重症中风病例的治疗，我们体会中西结合，取长补短的医疗方针，确实能提高疗效。这个病例昏迷时间较长，且出现肾绝的现象，单纯作针灸治疗恐力量不够，内服中药，又因牙关紧闭，不能吞咽，药液不能入胃，如果没有西医的鼻饲及支持疗法，恐难收得预期效果。

同时病者昏迷达 10 天左右，不能自己咯痰，往往容易引起感染，如果没有青霉素的协助，一旦发生感染，也会造成严重后果。过去中医治疗中风昏迷病人，最困难的就是这些问题，如今中西结合，取长补短，弥补了这个缺点，大大提高了针灸、中药对中风病人的疗效，真是中医好、西医好、中西结合取长补短更加好。

2. 通过此病例的治疗，我们体会中风的闭证和脱证有时是可以并现的。该病例口噤、面赤、息粗、两手握固，显然是闭证的症状，但小便失禁，则是脱证（肾绝）的现象。治疗如果单纯泻火，则元阳一脱，即有死亡的可能，因此除针刺十宣、人中并用牛黄清心丸开窍泄热外，并须针灸关元、气海以保护元阳，防止暴脱，元阳不绝，则生机不息，虽然昏迷 10 天，终能获得转机。

3. 中风病的治疗，须注意大便，如腹中有燥矢，可以助长火势。本例患者大便自卒中后 7 天未解，故而屡显烦躁，神志一直不清，直待通便后，病邪才逐渐退去，获得转机。至于通便的方法，我们开始时比较保守，因恐遽下致脱，故不敢应用攻下剂及其他方法，而坚持应用顺下法，但效果不著，最后采用灌肠通便，才收到良好效果。

4. 中风各个阶段的治疗方针，我们体会在初期抢救阶段最好中西结合，即鼻饲、支持疗法，加上针灸、中药，同时必须注射抗生素预防及治疗感染。神志清醒后，可以单用针灸、中药治疗，以平肝熄风、潜阳降浊为主，适当配合疏通经气，挽救肢体偏废的治法。待风阳渐平后，则单纯应用针灸，以疏通经气，治疗偏废的肢体为主，并结合平肝潜阳为辅，以巩固疗效。

按：本验案系朱汝功老师 20 世纪 60 年代在上海中医学院附属龙华医院任针灸科副主任时所治，曾发表于《江苏中医

药》1963年第11期。病史记录完整，有中西医双重诊断与治疗，能客观反映该病例中西医结合治疗的全过程，并且取得较为满意的效果。其中最为可贵的是能反映针灸治病理法方穴特色，可为临床者师法，特予辑录。

哮喘的针灸治疗

在论述哮喘的针灸治疗之前，首先必须说明哮喘疾患的来源。

哮喘这一个名称，是中医后代医家（金元以后的医家）所创示出来的，主要就是现代医师所称的属于“支气管喘息”、“心脏性喘息”、“肾脏性喘息”这几方面。古代医学文献上，只有“喘息”和“咳逆上气”的记载，我们只要对《内经》一书加以研究，就有很多关于哮喘病的文献，足资我们温习参考的资料，从而了解古人早已认识到这一类的病症都属于肺家。

现在，我想从温习文献结合到本人过去以针灸治疗哮喘症116例的疗效观察，作一个简括的介绍，要点就是“支气管喘息”。不过，限于技术和文化水平的微末，介绍内容既不够全面，分析问题也不够具体，希望读者尽量提出宝贵的意见和批评。

关于文献温习方面，试举几个例子如下：

一、古代对咳逆上气哮喘的一般认识

1.《素问·脏气法时论篇》：肺病者，喘咳逆气，肩背痛，汗出……

肺有病，喘咳逆气，肩背痛，汗出，是指病症的发生可影响到肺部周围的肩背疼痛，以针灸的穴位来说，肺经的募

穴，在胸前第二肋间乳腺与腋窝腺的中间，肺经的中府穴，如果肺有病变（包括呼吸系统的疾病），它的反应点就会在募穴的地方表现出来，或痒痛，或不仁等感觉，因为募穴的意义，是各脏府所属经络都有一个募穴，而且都在胸腹部，主要的含义，就是各脏府的经气，都聚集在这个地方。还有肺的俞穴，在背部阳面第三、四胸椎棘突间左右约1寸5分的肺俞穴，如果肺有病变，它也会表现出一种压痛、坚硬、麻木等感觉，因为俞穴的含义，是各脏府经气都要从这里输送到别的地方的一个处所。古医书中，在背部和胸腹部最重要的经穴，就是与脏府有关的俞穴和募穴，所以，按照肺经来说，它的病变，就有影响到肩背痛的可能。所谓汗出者，因肺主皮毛，故喘急时容易出汗。

2.《灵枢·经脉》篇：肺，手太阴之脉，是动则病肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛。

手太阴之脉的是动则病，是指被动的，也是指六淫所侵而致的意思。

3.《素问·大奇论篇》：肺之壅，喘而两胠满……

肺之壅，指呼吸不畅，而两腋下肋上痈满。

4.《素问·痹论篇》：肺痹者，烦满喘而呕。

淫气喘息，痹聚在肺……

所谓肺痹，即肺脏有邪时，其症状可以看到烦躁膺疡满而气喘，喘甚而有呕吐。淫气是膹郁之气，痹指病邪。

5.《素问·水热穴论篇》：……故水病，下为胕肿大腹，上为喘呼，不得卧者，标本俱病。故肺为喘呼，肾为水肿，肺为逆不得卧……

这一条是说本病在肾脏而为水肿，因腹水而呼吸迫促，变为气喘，古书上早已指出，所谓水溢高原，肺气不能肃降，故为喘逆。

迨到后汉时代，张仲景著的《金匮要略》中，对这类疾病的学说尤多，如肺痈肺痿篇、痰饮篇、水气篇等，都记载着很多良方，而为后世医学者在研究选用上资所取法。其后如《千金》、《外台》以及历代名家的论述，更随时在充实着古人原著的内容。总之，诸气者，属于肺，诸喘者，属于肺，诸气膹郁，也属于肺，这是内经总结古人的认识，肯定凡属咳嗽上气、哮喘这一类疾病，都离不了气，更离不了和气有关系的肺，也就是说，离不了呼吸和因病而发生所有的呼吸不能协调。

并且这种疾病，虽然它的标病在肺，但它的本病是和正体分不开的；例如："五脏六府，皆令人咳，不独肺也。"这说明喘咳病非独在肺，而且和内脏机能的调节与体质的强弱，都有连带的关系。又如："劳则喘息，汗出，外内皆越，故气耗矣。"这是说近于劳累了就能伤肺肾之气。再从"有所惊恐，喘出于肺，淫气伤心，肺为喘呼"来看，更可知受惊则气乱，受恐则伤肾，肝、心、肾各方面都有关系。这些条文，充分指出了此类疾病，它的症状虽然在于肺，而它的原因可以随时牵及到整体。古人这样透彻的说明，实在使后人得到无穷的启发，因为这种经验的记载，能使我们从调节整体功能上作进一步的研究，而并不局限于一部分，就是拿针灸治疗的运用来说，也决定在这个基础上的。

二、哮喘的原因和诊断

哮喘的原因，就上面所引的经典著作来研究，我们已能够从它的条文中认识到一斑，进一步来说，像宋朝沿用和所著的《济生方》中，已有了具体的说明，它说："六淫所伤，七情所感，或堕坠惊恐，渡水跌仆，饱食过伤，动作用力，遂使脏气不和，营卫失其常度，不能随阴阳出入以成息（一呼一吸谓息），迫促

于肺，不得宣通而为喘也。”可见哮喘的原因很多，无论外感的，内伤的，都可能影响及肺，而成为哮喘发作的原因；其他如元代刘元素、李东垣和朱丹溪等，也都有相当详尽的阐述，他们不但为哮喘补充了许多远因和近因，而且又为治疗哮喘制定了比张仲景更多的方药。

还必须说明的是哮喘和体质的关系。

《灵枢·本藏》篇说：肺气坚则不病喘上气，肺脆则苦病消瘅易伤。

这说明，肺气坚则不病，肺脆则气不能化津，津不能生则津竭，阴虚则生热，所以消即指上消，瘅指中热之意，这是很深入的见解；小儿肺脏娇嫩，有时往往患病后转归为哮喘，而年老人因肾气衰弱，也容易转归为哮喘；至于妇人产后，如调养失宜，也会转归为哮喘的。关于体质方面问题，历代古今书籍，已有很多补充，这里仅略举几点，备供读者参考而已。

往后又因哮喘原因复杂，所以把“哮”和“喘”作了更精细的分别。

1.《医学入门》说：呼吸气促者谓喘，喉中有响声者谓哮。

2.《医宗必读》说：喘者，促促气急，噏噏痰声，张口抬肩，摇身撷肚。

又：短气者，呼吸虽急而不能持续，似喘而无痰声，亦不抬肩，但肺壅而不下。

“哮”与“喘”相类，但不似喘，开口出气之多，有呀呷声（呀音虾，空貌；呷音洽，吸而饮曰呷，如鸭叫），这种气促音，自喉间发出，因痰与气相系而发。这三种症状，当详细加以辨别。

简括地说，“喘”主要是气急；“哮”主要是吼声；“短气”是呼吸的短促。

古人认为喘有实喘，有虚喘，也有阴虚，有阳虚。张景岳

指出："实喘者，邪气实也，虚喘者，元气虚也；实喘症状，气长而有余，胸胀气粗，声高息涌，膨膨然若不能容，惟呼出为快。"这一种邪在肺，脉症多见滑数而有力。虚喘症状，气短而不能续，慌张气怯，声低息短，皇皇然气若欲断，提之若不能升，吞之若不能及，一种原因，在于肾气不能摄纳，另一原因，在于脾胃运化无权，脉症多微弱无神，如反见浮洪芤大按之即无，为肾败之脉，或往来弦、极大、数、无缓和者，胃败之脉，都是大虚之脉。

三、哮喘的治疗方法

治疗哮喘的药方很多，因不属本文论述范围，姑不置议。在治疗法方面，比如治实证则用解表，发汗，逐痰，利水攻下；治虚证则用健脾胃，补肺气，温肾阳及养阴等方法。

总的说来，哮喘的表证，都有一些痰声，因之，治表办法，多数着重于化痰，这种方法，用在实证方面的确可以救一时之急而得到轻快，但治本的方法，那就应当从心、肺、脾、肾各方面追求原因来着手治疗，因此，针灸疗法和内科的用药意义，是完全一致的。

四、针灸治疗哮喘的文献介绍

针灸治疗哮喘，内经上早已提到，其后，《甲乙经》、《千金方》和《医学纲目》中记载尤多，略举如下：

1.《甲乙经》：咳逆上气，喘不能言，华盖主之。

又：咳逆上气，唾喘短气不得息，口不能言，膻中主之。

又：喘不得息……身胀逆息，不得卧，天府主之。

2.《千金方》：上气喘逆，短气胸满，灸肺俞……

3.《医学纲目》：灸上穴不愈者，可选用膏肓、关元、中脘、足三里、百劳（大椎）、肾俞、魄户、中府、大包、彧中、云门、期门。

4.《古今医说大全》：喘症璇玑（在天突下1寸）、气海（在脐下1寸5分）、膻中（在二乳折中）、期门、背中骨节第七椎下穴，灸三壮，立愈喘气。

由于古人经验上的积累，对哮喘的治疗，特别常用艾灸。

五、针灸疗效观察

从1951～1955年，在我私人门诊所有记录的，计患哮喘症者180例，曾经进行过全面的直接访问者，有116例，另外64例，因患者住址更动，或者迁赴外埠，以致无法访问。现在姑就116例统计起来，其中痊愈的（3年内没有发作过）有27例；显著好转的（发作次数减少，或虽然发作但很轻微，也有稍感寒凉而不影响其复发者）有50例；无效的，治疗一次或二次的，更有肺气肿，支气管扩张的计39例。取穴与操作见表1。

疗效统计：

1. *痊愈病例*

见表2。痊愈的27例中，并见肺气肿者2例，支气管扩张者1例（都经过医院诊断）。

性别：男18人，女9人。

病史：12年以上3人，10年以上4人，10年以下18人，1年以下2人。

年龄：19～56岁。30岁以上14人，30岁以下13人。

灸疗：16例，次数1～6次。

针灸并用：1例，次数6次。

针治：10例，次数1～33次。

表 1 选用穴位及操作要领

选用穴位	所属经络	针向顺逆	经穴部位	患者姿势	针刺手法，深浅度及针向	留针时间	艾灸壮数及炷型	备注
大椎	督脉	平	第七颈椎与第一胸椎棘状突起之间	正坐俯首	刺 2 公分深，针芒直刺，疾进徐出（补）	10～20 分钟	3～7 壮中炷灸（明灸）	小肠经、大肠经、三焦经、膀胱经、胃经、胆经、督脉、七脉之会，此穴一名百劳
肺俞	膀胱	顺	第三、四胸椎棘突间旁开一寸五分	正坐取穴用开胛法	刺 1.6 公分深，针芒向下方斜刺，疾进徐出（补）	10～20 分钟	5～7 壮中炷灸（明灸）	为五脏俞，《素问・刺禁论篇》，刺中肺。三日死，其动为咳
膏肓	膀胱	顺	第四、五胸椎棘突间旁开三寸	正坐取穴用开胛法	刺 1.6 公分深，针芒向下方斜刺，疾进徐出（补）	10～20 分钟	5～9 壮中炷灸（明灸）	羸瘦虚损，传尸骨蒸，上气喘逆，痰病，乾坤生衰，治虚损五痨七伤之紧要穴
身柱	督脉	平	第三、四胸椎棘突之间	正坐伏案	刺 2 公分深，针芒直刺，疾进徐出（补）	不留针	3～7 壮米粒大（明灸）	

（续表）

选用穴位	所属经络	针向顺逆	经穴部位	患者姿势	针刺手法，深浅度及针向	留针时间	艾灸壮数及炷型	备　注
风门	膀胱	顺	第二、三胸椎棘突间旁开一寸五分	正坐伏案	刺1.7公分深，针芒向下方斜刺，疾进徐出（补）	10～20分钟	3～7壮米粒大（明灸）	“图翼”此穴能泻一身之热，常灸之，可无痈疽疮疥之患
大杼	膀胱	顺	第一、二胸椎刺突间旁开一寸五分	正坐伏案	刺2公分深，针芒向下方斜刺，疾进徐出（补）	10～20分钟	3～7壮米粒大（明灸）	此穴为骨会，“明堂”禁灸，“资生”非大急不灸
气户	胃经	顺	锁骨下一寸璇玑穴旁开四寸乳头直上	仰卧垂手	刺1.1公分深，针芒向上方斜刺，徐进疾出（泻）	不留针	3～7壮米粒大（明灸）	
中府	肺经	逆	云门穴下方约一寸中行旁开六寸	仰卧垂手	刺1.5公分深，针芒向下方斜刺，徐进疾出（泻）	不留针	3～7壮米粒大（明灸）	一名膺中俞，一名肺募，此穴为肺脾之会，宜微针浅刺，否则喘息

（续表）

选用穴位	所属经络	针向顺逆	经穴部位	患者姿势	针刺手法，深浅度及针向	留针时间	艾灸壮数及炷型	备注
天突	任脉	逆	喉结之下二寸陷中	仰卧垂手	刺3公分深，针芒向下方斜刺，徐进疾出（泻）	不留针	3～7壮米粒大（明灸）	此穴为任脉阴维之会，“铜人”针五分，留三呼，针宜直下，得气则泻，不留针
膻中	任脉	逆	居两乳中间第五肋骨端胸骨体上	仰卧垂手	禁针穴		3～7壮米粒大（明灸）	一名上气海，心包络之募穴，脾、肾、三焦、小肠经四脉之会，“明堂”灸七至二七壮，禁针；“图翼”刺之不幸，令人夭
足三里	胃经	顺	膝盖下三寸经骨之外约六分	正坐垂足	刺4公分深，针芒向下方斜刺，疾进徐出（补）	10～20分钟	7～9壮中炷灸（明灸）	足阳明胃经之合穴，又回肠九针之一；“席弘赋”虚喘须灸三里中

表2 痊愈病例

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
029967	男	56	20多年	灸	5	血压146/90 mmHg
027626	″	42	20年	″	1	
029267	女	56	6年	″	3	
031943	女	32	4年	″	6	痰血
028357	″	26	20年	″	5	
011406	男	35		″	5	
031949	″	41	10多年	″	4	咯血
028593	″	25	10多年	″	6	肺气肿
027772	女	29	3年多	″	5	
029861	″	39	4年	″	3	
08116	″	20		″	6	
028553	″	24	8个月	″	6	
027564	男	23	10年多	″	1	
024204	″	9		″	5	
10949	″	9		″	4	
030089	″	13	8年	″	2	
24971	″	15	8年	针灸	6	
12167	″	25		针	4	支气管炎

（续表）

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
027517	〃	42	3 年	〃	1	经组织治疗
025779	〃	33	2 年	〃	4	
030632	女	47	5 年	〃	2	
019137	〃	31		〃	8	
024347	男	37	6 个月	〃	2	有支气管炎
02614	〃	55		〃	14	
20037	〃	38	3 年	〃	10	
20282	〃	27		〃	33	支气管炎，带血
031178	〃	20	10 多年	〃	2	肺气肿，痰血

在痊愈的 27 例中，病程长的有 20 多年，短的半年；年龄大的五六十岁，小的九岁；用灸治的 16 例，灸治 1～6 次；针灸 1 例，6 次；针治的 10 例，1～33 次。其中并有肺气肿 2 例，支气管扩张患者 1 例。

2. 显著好转病例

见表 3。显著好转的 50 例中，并见支气管扩张者 4 例，肺结核者 1 例。

性别：男 29 人，女 21 人。

病史：30～40 年 2 人，10 年以上 18 人，10 年以下 22 人，1 年以下 8 人。

年龄：11～74 岁。30 岁以上 38 人，30 岁以下 12 人。

灸疗：29 例。次数一般 5～6 次。

针灸并用：1 例。次数 4 次。

针治：20 例。次数 1～45 次。

3. 无效病例

见表 4。无效的 39 例中，并见支气管炎者 5 例，肺气肿 1 例，连带患神经衰弱及胃下垂病者在内。

性别：男 26 人，女 31 人。

病史：30 年以上 2 人，20 年以上 4 人，10 年以上 14 人，10 年以下 17 人，1 年以下 2 人。

年龄：14～69 岁。30 岁以上 29 人，30 岁以下 10 人。

灸治：21 人。次数 1～7 次。

针灸并用：无。

针治：18 人。次数 1～12 次。

在无效病例中，治疗仅一二次者，占 34%，这里值得提出的是治疗次数少，并发病比较多，病史一般比较长。

总计：男性 73 例，占 62.93%。女性 43 例，占 37.07%。

病史：30 年以上 4 人，20 年以上 7 人，10 年以上 36 人，10 年以下 57 人，1 年以下 12 人。

年龄：30 岁以上 81 人，30 岁以下 35 人。

治疗：灸治 66 人，针灸并用 2 人，针治 48 人。

选用穴位：大椎、肺俞、膏肓、身柱、风门、大杼、气户、中府、天突、膻中、足三里等 11 穴。

金针刺法：很均平的旋捻，下针时必须注意到天、人、地三部进针，到达一定深度时，可用提插手法，以求得气，就是针下沉紧，有如鱼吞饵，如雀啄食的感觉，然后可以达到治疗的目的。这一目的，就是所说的兴奋和抑制二种作用，所以我特别强调的说这二种作用是针灸的目的，而不是手法上的名字，至于针具的粗细问题，一般以 30～31 号为适当。

主治：以大椎、肺俞、膏肓、气户、中府、天突、足三里为主穴，其他作为配穴。

针刺补泻：大椎、肺俞、膏肓、身柱、风门、大杼、足三里等7穴。足三里是补体的要穴，在艾灸取穴上部灸完后，再灸足三里，它能起着两种作用，一可以增加抗体，二可以引火气下泄，不致目赤喉肿，针向须顺经，针芒作补泻，例如膀胱经从头走足，针芒应向下斜刺。出针徐疾补泻：疾进徐出为补，须疾按之；徐进疾出为泻，不必闭穴。

留针时间的久暂：须视经穴的特性，疾病的轻重，和体质的强弱来决定，一般以10～20分钟，除气户、天突、中府不能留针外，其余都可留针，膻中禁针。

灸疗壮效：一般3壮～9壮。

艾炷大小：中炷灸（绿豆大）、米粒灸两种。大灸（枣核大）不常用。

治疗方法：隔姜隔蒜灸者少，明灸者多，一部分可以针灸并用。

表3　显著好转病例

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
016400	女	64	多年	灸	6	
11879	〃	59	多年	〃	3	
031398	〃	52	40多年	〃	6	
10365	男	38		〃	7	咯血
030246	〃	17	1年多	〃	6	咯血、鼻炎
031078	〃	37	3年	〃	5	

(续表)

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
029523	″	17	10 多年	″	6	
031751	女	56		″	5	
025752	″	27	7 年	″	5	
028777	″	27	3 年	″	5	
022686	″	21	10 年	″	7	
028199	男	52	2 年多	″	8	痰血
06618	″	57	多年	″	3	
031142	″	11	10 年	″	5	
028221	″	30	2 年	″	3	
028724	″	45	3 年	″	42	
031698	″	44	6 年	″	4	
11877	″	64	多年	″	5	
028770	″	22	3 年	″	3	咯血
028226	″	21	10 年	″	1	
028785	女	58	8 年	″	6	
031256	″	42		″	5	
028101	″	14	1 年	″	8	
12304	″	36		″	1	

（续表）

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
030505	男	35	4 年	〃	2	
029405	〃	40	30 多年	〃	32	
06631	〃	12		〃	7	
016183	〃	66		〃	3	
10460	〃	36		〃	1	有肺结核
027697	〃	15	10 多年	针灸	9	咯血
027623	〃	30	3 年	针	7	
022423	男	51	9 个月	针	2	
022445	女	70	4 年	〃	2	
023423	〃	34	4 年多	〃	9	
025001	男	33	6 年	〃	6	
024842	〃	64	4 年	〃	24	
025585	〃	32	10 年	〃	29	
029833	女	56	3 年	〃	1	咯血
019125	〃	53		〃	5	
025276	〃	29	5 年	〃	2	
026631	〃	47	10 多年	〃	10	
027518	〃	52	4 年	〃	3	

(续表)

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
027557	男	59	1 年	针	7	
024146	,,	74	20 多天	,,	3	
028272	女	55	1 年	,,	123	有风湿病
019423	,,	49	7 天	,,	26	
019633	男	49		,,	45	
026911	,,	53	5 年	,,	16	
028799	,,	37	2 年	,,	7	
20618	女	34		,,	36	服药

在显著好转的 50 例中，病程长的有 40 多年，短的一个月不到；年龄大的有 74 岁，小的 11 岁。用灸治的 29 例，1～42 次，一般是 5～6 次；针灸并用的 1 例，9 次；针治的 20 例，1～45 次，其中亦有支气管扩张患者 4 例；肺结核在我的门诊中极少。

表 4　无 效 病 例

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
028584	男	34	30 年	灸	2	
031060	,,	40	8 年	,,	5	
27860	,,	23	16 年	,,	4	
22721	女	43	10 年	,,	7	

（续表）

门诊号	性别	年龄	病　程	针灸	次数	备　　注
31527	〃	36	1年	〃	6	
31276	男	21	多年	〃	5	
29135	〃	33	10多年	〃	4	
29599	〃	64	5年	〃	4	
29901	女	54	8个月	〃	5	
31583	女	32	5年	灸	5	
29848	男	27	6年	〃	4	左肺已截除
29842	〃	17	6年	〃	4	鼻炎
28472	〃	18	6年	〃	5	痰血
29977	女	64	10多年	〃	3	
92394	〃	37	10年	〃	4	咯血
29945	男	33	10多年	〃	4	
11838	〃	30	10多年	〃	5	
28074	〃	53	10多年	〃	4	胃下垂，神经衰弱
27712	〃	42	3年	〃	3	痰血
27713	〃	59	3年	〃	3	
18128	女	34	10多年	〃	1	
29654	〃	69	7年	针	1	

（续表）

门诊号	性别	年龄	病 程	针灸	次数	备 注
27709	男	32	多年	〃	1	神经衰弱
25103	〃	33	3 年	〃	1	
24800	女	28		〃	1	
24567	〃	54	10 多年	〃	2	
27590	男	45	20 年	〃	1	
27035	〃	34	5 年	〃	2	
25470	女	32	4 年	〃	1	神经衰弱，胃肠病
25353	男	60	8 年	〃	1	
27612	〃	40	20 多年	〃	1	
27655	〃	14	10 年	〃	12	
28845	〃	52	4 年	〃	1	血压 190/100 mmHg，肺气肿
29330	〃	37	3 年	〃	1	
25683	〃	29	21 年	〃	2	
28621	〃	21	10 多年	〃	3	
24884	〃	16	4 年	〃	6	
22402	女	41	30 多年	〃	3	有支气管炎
27941	〃	49	20 多年	〃	5	痰血

有无效的 39 例中，病程长的有 30 多年，短的不满 1 年，

年龄14～69岁；用灸治的21例，1～7次；针治的18例，1～12次，只做1～2次的占34%；病症以支气管扩张（5例）及患肺气肿者较多。

六、讨论和说明

1. 古人对咳逆、上气、哮喘等症，都归属于肺家的疾病，分成轻、重、虚、实，并注意到人体机能。所以，古代对哮喘的论述，是比较笼统的，到后代，由于医家的不断研究，才慢慢地陆续有了具体而全面的阐述，同时对它的原因、症状、分类、治疗等，也逐步有了明确的判断和认识，拿哮喘的症状来说，是符合于现代医学所称的"支气管喘息"、"支气管扩张"和气喘所引成的"肺气肿"这几个病名的。

2. 采取穴位方面，主要是背及胸部穴位，对古代文献所载，似乎还运用得不够全面，根据经验，多数用灸疗方法。

哮喘发作时，每日或间日针刺天突、中府、肺俞，那就比艾灸疗效强。哮喘未发时，则艾灸效果较优，所以一般以艾灸作为防治，所谓七年之病，用三年之艾，这就说明艾灸用于慢性疾病，效果是很好的，因为灸疗能奏补体的功效。有人认为艾灸有补泻作用，在古书上也有这样区别，今天我们以针灸来说，可以作为灸是能够起补体作用的一种疗法。

灸治日期，一般3日灸1次，每次选取一二穴，5～6次为一个疗程，一个疗程完毕，应停灸一二个月，过此，可继续再灸，经过五六个疗程之后，疾病可以减轻或痊愈，而且这种疗法，确定部位后，可以在家庭间自疗，这是灸治的优点。

3. 灸疗必须注意的一般事项。

久病体虚，心力不振，大汗亡阳，脉见微细或芤大无根者，不宜灸治。高热互见者禁灸。患后期肺病，或肋膜积水

以及高血压者，不宜灸治。咯血或大量吐血便血者，均不宜灸。

施灸后，应注意饮食之调节，避免身心过劳。

疾病之不宜艾灸者，可用毫针调治，选用穴位，并不限于我所介绍的范围，有并发症时，可另选穴位。

我所介绍的治疗哮喘 11 穴，在临床应用上，一般都每次轮番使用，不得超过半数以上，而且要看病人体质的强弱，年龄的大小，和病史的久暂来酌情应用，但遇有特殊情况的，可不受限制。

4. 针刺深浅问题

全身穴位的深浅，最重要以胸部腧穴为主，其次是有血管的部位，这在针灸医书上记载得很多，但没有肯定的分寸，这一问题，对临床针灸家来说，确有很重要的意义。我们必须明了胸背部穴位的深浅，然后才能避免刺穿内膜，防止刺中脏器，可以避免发生严重后果。针灸科学会之所以对这一项研究工作要迫切地进行研究，就是这个道理。

至于我上面介绍的 11 个穴位的深浅度，是根据针刺尸体解剖的观察而来，当时在军区大学附属医院曾做过二次实验，以死亡不到六小时的尸体进行解剖，用公分扁形针测量，测量目的，以不刺穿内膜为原则，测量结果，大椎 2 公分，肺俞 1.6 公分，膏肓 1.6 公分，风门 1.7 公分，大杼 2 公分，气户 1.1 公分，中府 1.5 公分，天突 3 公分，足三里 4 公分。这一工作的完成，完全出于院方许医师、梅医师的热情协助，得使我们针灸界放一发扬光大的异彩，敬借篇幅，对二位表示最崇高的谢意。

5. 关于针灸能治哮喘病的原理

这一点，目前还没有肯定的说法，根据现代医学理论，一般都以调整神经体液的生理机能来解释的。支气管喘息的

原因，是由于迷走神经紧张而引起支气管痉挛收缩，以致呼吸困难。西医师用麻黄素治疗哮喘症，就是因为麻黄素是交感神经的兴奋药，它的药理作用，是能够刺激呼吸中枢，兴奋大脑，并且能使气管平滑肌弛缓，及气管黏膜肿胀的消失，肺活量增加，储留气减少，从而症状可以消失。至于针灸疗效是否与麻黄素有相似的作用，尚有待于同道们的共同努力，作进一步的研究，此间未敢作决定性的结论，同时，我们不能忽略针灸治疗对患者所起的一种精神因子的作用，当患者在接受针灸时的注意和情绪紧张，对治疗效果很有关系，这在临床上是常常可以体会到的，如初次接受治疗的病人，效果较好，而对一些久治的病人，往往会减低他的敏感性，因之效果比较差，一般由于病史长，年龄大，治疗次数少，因此一时得不到显著的效果。还有肺气肿及支气管扩张者，效果也不大。

苏联医学家会经应用氯化钙在背部胸部胸椎二侧，作皮内注射，治疗支气管喘息，形成注射局部像扁豆大的坏死，效果很好；据推想，坏死灶具有异族或同族组织样的作用。这种治疗理论，可以作为我们在治疗上的印证和启发，至于完整的针灸学原理，则非末学的我所敢妄论，而有望于医林同道以“百家争鸣”的精神，共同研究，积极探求了。

6. 小结

通过上面的讨论，我们可以明白，古代对哮喘的原因、症状、分类，都有全面的认识，还定出了治疗的法则，方剂之外，特别常用针灸治法，疗效较高，就我本人所举 116 个针灸门诊病例中，计痊愈的 27 例，占 23.28%，显著好转的 50 例，占 44%，无效的 39 例，占 33%，其中还连带原有肺气肿及支气管扩张和治疗一二次即行中止的病例。其他对针灸

的经穴选用，临床操作和治疗机理各方面，要一一加以讨论的话，则以限于个人门诊，诚如上面所说，记录既不够全面，分析又未能详细，因此只能作为针灸对哮喘疗效的初步观察，聊供参考，其有错误的地方，请读者多多提出意见，以冀抛砖引玉，使我在针灸学术上获得更深一层的进步，那就受惠无穷了。

针灸治验 10 例

胃痛

例 1. 沈某某，男，38 岁。南汇县黄路公社卫生院门诊号：农具厂 80。

寒食交阻，中焦运化失司，胃脘疼痛拒按，痛引腰背，经某某医师诊治，一昼夜痛势不减，前来急诊。患者面容紧张，频频呃逆，呻吟不已。切脉沉细，舌苔垢腻，治宜宽中和胃，佐以消导。

处方：内关一。

手法：针芒迎随补泻，结合弩法，留针 5 分钟。

取患者左手内关穴，针芒向肩臂斜刺，运用捻转手法，得气后，用力向上斜刺一寸许，如是 5 次，患者胃脘疼痛稍缓，但呃逆未止。继针右手内关，手法同上。患者自诉疼痛消失，而且呃逆亦平。次日随访，已去厂工作。

按：(1) 陆老在临床上重视补泻手法，他认为“百病之生，皆有虚实”。针刺必用补泻方能达到扶正祛邪，调和气血。胃脘痛一般皆由气机阻塞所致。本例采用针芒迎随补泻法结合弩法，仅泻内关一穴，即达到痛除病愈。

(2) 本例所用针芒迎随补泻法，是按照经脉的循行方向，将针芒顺经而刺的是补法，逆经而刺的是泻法。内关属手厥阴心包经，经脉从胸走手，故用泻法，即针芒向肩臂斜刺。弩法是徐凤针刺手法的一种。将针下至地部，复出人部，得气

后，按之在前，使气在后，按之在后，使气在前（见徐凤著《金针赋》）。陆老认为弩法能导气，常用于临床。

例2. 谢某某，男，44岁。南汇县黄路公社卫生院门诊号：农具厂81。

突发胃痛，经治疗，痛势未减，连痛一天，当晚抬至卫生院急诊。诊脉两手俱伏，舌淡嫩，面色皖白，四肢逆冷，精神委靡，呕吐清水，头目眩晕。按脉论证，属中宫虚寒，阳气不运，治拟温中散寒，宽中理气。

处方：内关一、足三里＋。

手法：针芒补泻，结合弩法。

内关二穴同时捻转，得气后针芒向上斜插，右手持针重重斜插一寸许，按针不动，静以待气，患者即觉痠胀直窜胸脘，脘痛立止，胀闷亦解，按其脉息稍起。复刺足三里，起针10分钟后，由其爱人伴同回家。翌日随访，已愈。

按：本例胃痛，症见四肢逆冷，面色皖白，头目眩晕，脉伏，舌淡，系中阳不足，故治拟补泻兼施，泻内关以疏调中焦，补足三里以扶益胃气。胃气得舒，中阳得畅，诸症皆除。

例3. 沈某某，女，54岁。南汇县黄路公社卫生院门诊号：3830。

患胃病20余年，胃脘作痛，形瘦纳少，大便闭结，时有呃逆吐酸，胃部有下坠感，偶尔吃少量干饭，胃痛即发，10个月来只能吃面条和稀粥。脉细软，苔薄中剥。病久势笃，胃阴已伤，治拟扶脾益胃，和营通络。

处方：脾俞＋、胃俞＋、中脘＋、章门＋、足三里＋、内关一。

手法：捻转补泻，不留针。

连续治疗10余次，胃痛渐见好转，10个月不能吃干饭的病人，终于吃饭了。

按：此例胃脘疼痛，由病久中虚，气机不疏而致。胃阴已伤，故拟补泻兼施，标本兼顾。泻内关以疏调中焦，补脾胃俞募各穴及胃之下合穴扶益脾胃以固其本。陆老在临床上对于久病证虚患者往往采用俞募配穴，结合补泻手法，疗效较佳。

例 4. 程某某，男，40 岁。南汇县书院公社农民。巡回医疗门诊。

据患者主诉，于 1942 年得胃病，经常疼痛。1960 年病情日趋严重，不能吃干饭，只能吃稀薄的麦粉粥，每月胃痛剧烈发作至少一二次，剧痛时不能吃东西。6 年来，病倒在床不能参加劳动。患者面容黑瘦，胃脘剧痛拒按，诊脉微细，舌苔白腻。病势缠绵日久，姑予温补脾胃，和中消导。

处方：内关一、上脘＋、中脘＋、公孙一、足三里＋。

手法：捻转补泻，加用温针。

证属久病伤中，胃气虚惫，运化不健，得食难消，故斯疾发作无常，遂致虚虚实实，治拟攻补兼施，始克有功。连续治疗 3 次，胃痛止，能吃干饭，可参加田里劳动。

按：本例患者 6 年来卧病在床，胃脘剧痛拒按，舌苔白腻，证属邪实；面容黧黑消瘦，脉象微细，证属虚象。陆老灵活地运用辨证施治，攻补兼施，加用温针以增强其温通经气之功，仅治疗 3 次即见成效。如果只看到病程长久，虚象已起，单用温补，或单用泻法以祛其邪而不顾其正气已虚，都难能收效。

反胃

例 5. 陈某，男，68 岁。南汇县黄路公社卫生院老中医。

去年 6 月，胃脘疼痛，纳谷不香，呕吐泛酸，得食即痛，痛甚则吐。经中西医治疗，疗效不显，呕吐加剧，精神虚惫，遂于今年 2 月送中心医院采取支持疗法。治疗 7 日，全身情况好

转，出院回家休养，2 个月后能上班工作。20 天后旧病复发，神乏怯冷，呕吐更剧，不能进食。迭经中西医治疗无效，患者丧失信心，嘱家属准备后事。是日中午，余趋前会诊。脾肾阳虚，命门火衰，釜底无薪，不能腐熟水谷，拟温补脾肾，施灸之。

处方：中魁、足三里（均灸）。

灸法：每穴十一壮米粒灸，二穴轮灸。

经灸治后，呕吐即止。次日复灸足三里。脘腹温暖舒服，能吃稀粥，脘痛顿减。后以中药调治，食欲渐增，十余日即能起床行走，一个月后恢复工作。

按：（1）本病多因饮食不当，嗜食生冷，损及脾阳，或思虑伤脾，以致脾胃虚寒，不能消化水谷，饮食停留，终至尽吐而出。本例反胃日久，以致脾肾阳虚，下焦火衰，釜底无薪，病情危急，非灸法不能急挽其危。

（2）灸法有温经散寒，扶阳固脱，通运气血的作用。本例意在振复元阳，温阳固脱。“中魁”为经外奇穴，在手中指背面中节骨尖上，是古人治疗噎膈反胃的经验穴，疗效较速。

噎膈

例 6. 邬某某，女，73 岁。南汇县黄路公社卫生院门诊号：6387。

据家属代诉：患者于前日下午起，突然眩晕，肢体麻木，滴水不进，得食即吐，一昼夜达数十次，胸部痞闷，精神疲乏，闭目懒语，已两天。脉弦大，两尺微细，舌淡苔薄腻，按神阙、中脘有动悸应指。病系中气不足，肝木犯胃，胃气不能下降，遂致得食即吐。症属噎膈，宗前人经验取中魁灸之。

处方：中魁（灸）。

灸法：米粒灸各七壮。

灸后患者自诉胸脘无异常。次日随访，眩晕平，呕吐止，并能吃稀粥几匙。

按：噎是吞咽之时，哽噎不顺；膈是胸膈阻塞，饮食不下。临床上都以噎膈并称。《素问·通评虚实论篇》说："隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。"陆老采用古人经验穴"中魁"灸之而愈。

遗尿

例7. 蒋某，男，15岁。南汇县中心医院门诊号：66240。

遗尿十余年。平时夜间熟睡不醒，唤之亦神志昏糊朦胧，每夜遗尿，从不间断。面色萎黄，脉舌如常。迭经治疗，未能获效。试拟醒脑益肾治之。

处方：百会一、四神聪一、关元＋、三阴交＋。

手法：捻转补泻，温针。

连续治疗7次，晚间唤之即醒，能起床小便。

按：《内经》曰："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。"《巢氏病源》说："遗尿者，此由膀胱虚冷，不能约于水故也。"说明遗尿与肾、膀胱有关。本例患者十余年来，每夜遗尿，面色萎黄，此脾肾阳虚，不能温制其水。夜间熟睡不醒，唤之亦神志昏糊朦胧，此大脑功能失调，指挥失灵。督脉络脑，则泻百会、四神聪以醒脑，补关元、三阴交以益肾。

产后会阴痛（手术后遗症）

例8. 徐某某，女，32岁。南汇县中心医院门诊号：30512。

产后已四月余。由于生产时会阴破裂，经缝合后，局部坚硬拒按，刺痛难忍，坐立不稳，步履更感困难，二腿分开即剧痛，并伴有外痔，勉强伛偻而来。脉象濡细，舌苔薄滑。病系瘀血湿热互阻三阴，冲任失调，拟以治标为主。

处方：长强一、承山一、关元一、中极一、阴廉一、三阴交一。

手法：捻转结合提插，留针 10 分钟。

3 日后复诊，两足行走方便，会阴部疼痛较缓，下肢轻快，脉象有力，舌苔薄滑，再宗原方加减。

处方：长强一、承山一、委阳一、上髎一、关元一、中极一、环跳一、三阴交＋、会阴一。

手法：同上。

按：本例经陆老 12 次治疗后，患者步履如常，两腿能自然分合，会阴部按之亦不觉疼痛，痔疮滞胀得以缓解。

瘿气

例 9. 胡某某，女，23 岁。南汇县黄路公社卫生院医生。

患瘿气（甲状腺肿大）已七八年。1959 年在上海某某医院治疗 2 个多月未效。后来经常吃含碘的海带、紫菜等副食品，效果亦不显著。颈项漫肿，心情容易激动，烦躁不宁，皮肤灼热，多汗，胃纳亢进，易感疲劳，胸部不舒，呼吸急促，时有心悸，脉细弦，苔薄滑。证系肝失疏泄，气血郁滞，痰气相结，经络阻塞，搏于颈下，治拟疏通经气。

处方：昆仑一、人迎（点刺）。

手法：昆仑用双侧，捻转补泻。令患者仰卧，伸下足，医者立于患者对面，双侧同时捻转，得气后，大指向后搓几下，反复操作 8 次。

第一次针刺时，即感颈项轻松，次日漫肿稍退。第二次再针昆仑，手法同前。翌日颈项已基本正常，虽工作紧张，亦不感觉劳累。

按：甲状腺肿大祖国医学称之“瘿气”，认为痰气相结而成。陆老用远道泻太阳之经穴昆仑，局部点刺阳明之人迎，都意在疏通经气，气血运行通畅，则痰气俱化。仅两次治疗，症状基本好转。

耳聋

例 10. 顾某某，男，6 岁。家住南汇县黄路公社。

患者母亲代诉：在 3 岁时，因用发叉挖耳垢而致左耳聋，曾先后在上海各大医院五官科诊治未效。3 年来，左耳听觉丧失，仅靠右耳听声音。苔脉如常，对证治之。

处方：听会一、翳风一、中渚一。

手法：捻转补泻，不留针。

按：耳聋以听力减退或听觉丧失为主症。一般多因暴怒、惊恐、肝胆风火上逆，少阳经气闭阻所致。本例系外伤而致耳聋，故单取少阳之穴，泻听会、翳风、中渚通调少阳经气。治疗 8 次后，贴近患者左耳轻声说话，已能听出。治疗 18 次后，能听出微弱的手表滴答声，基本恢复了原来的听觉。

注：本文整理的 7 个病种 10 个病例，系陆瘦燕大夫 1965 年 6～9 月在南汇县下乡巡回医疗中所记录的部分病案。

（陆瘦燕主治　朱汝功　陆焱垚整理）

灸疗小儿偏坠症（小儿疝气）15例的疗效介绍

“偏坠”是疝气的一种，其因偏侧睾丸肿坠作痛而得名，元朝张从正将其列入气疝条：“气疝其状上连肾区，下及阴囊，或因号哭忽怒，则气郁之而胀，怒号哭罢则气散者是也……或小儿亦有此疾，俗曰偏气，得于人已年老，或年少多病，阴痿精怯，弱力入房，因而有子，胎中病也。”其后明朝戴思恭将其称为㿗气：“一核偏坠，或俱肿胀，或一核缩入小腹，痛不可忍，用手按捺，方得还归，是为㿗气。”此两位医家对偏坠症的看法，似乎均认为是属于气分。明朝李梴在《医学入门》中指出：“偏坠肿者有大小，偏左多瘀血，怒火，或肾气虚损；偏右多湿痰、食积，是知㿗疝证兼七疝。”归纳这三家的论著，虽然有左坠属肝肾，右坠属脾胃的分别，在病因方面也有肝肾不足、郁怒血瘀，或脾虚生痰、食积气滞的不同，但是临床上常见皆以小儿为多。原因都是先天不足、元气不充的缘故。所以其症状一般均为睾丸或左或右偏坠作痛，牵引小腹作胀，每当多劳乏力时，或怒号哭泣时发作，下午尤较为甚。

笔者自 1955 年至今，曾受治偏坠患者 15 人，全部有效，兹将方法及疗效统计介绍在下：

一、疗法

取穴三阴交（对侧）、归来（同侧），各灸 5～7 壮。

以上2穴，每次灸治1穴，艾炷如麦粒大，隔3天再另灸1穴，一般2次灸毕即能痊愈。若病程较长，1次灸后不愈者，休息2星期可再灸第二疗程，反复至收到疗效为止。

二、疗效

15例中痊愈（症状消失，遇劳不再复发）9例（其中治疗1疗程者5例，2疗程的3例，3疗程的1例）；年龄5岁以下的3例，10岁以下的5例，10岁以上的1例；病程5年及10年以下的各4例，10年以上的1例），进步（症状消失或改善，但仍复发者）6例（其中治疗1疗程的4例，2疗程及3疗程的各1例；年龄5岁以下的1例，10岁以下的3例；14年以上的2例），没有无效（症状毫无改善）病例发现。

三、讨论

1. 15例偏坠患者，都是儿童，一般面容黄瘦，脉象细濡，呈现元气不足、虚弱的现象，所以治疗方针均用灸法，使起温补元气，振扶虚羸的作用。但是由于小儿本为元阳之体，因此灸壮不宜过多，疗程间隔时间必须稍长，以免发生副作用。倘若脉见浮数，睾丸肿胀发热者，此非虚证，不能用灸，应改用针法，借针力以疏通经气，而去壅滞。手法可取捻转、提插、疾徐三法中的泻法结合施用。

2. 在针灸处方配穴时，主要依据经络学说理论。前阴者，宗筋之所聚，足三阴及足阳明之筋皆结聚于阴器，而足厥阴之脉，更循股阴，入毛中，环阴器，左右交贯而上抵少腹；水谷入胃，输精于肝，淫气于筋，故肝者罢极之本，其充在筋，若元阳不足，肝经之气虚陷，则系睾之筋必致纵弛，而使阴卵下

垂；或则血瘀痰凝，邪实所居，伤于营则为肿，肿则坠而且痛，此皆偏坠的原因。针对以上病理，所以首取三阴交施治，盖三阴交者，足三阴经交会之穴，统三经之经气，灸治此穴可以温补足三阴的元气，针治此穴可以疏泄三经的壅滞，又以肝脉绕行阴器左右交贯，因此临床上左坠则治右，右坠则治左，作用可以直达阴部。至于配用归来的理由，是因为阳明者，五脏六腑之海也，主润宗筋，与冲脉会于气街，属于带脉，络于督脉。带脉在人体的作用为统束诸经，督脉者是诸阳之海，统一身之元阳，故气街（冲）穴乃系胃气出入之街，有渗灌督带、濡润前阴诸筋的功效。治疗偏坠本应取用此穴，但此穴不宜多灸，恐引动冲脉之气，厥逆上行，使人喘息，所以取归来代之，引胃气灌济前阴，故能克奏厥效。至若施用针法，当仍取用气冲为宜。

3. 疗效方面，多数年龄小、病程短的病例，往往治愈亦快，疗程亦短；年龄大、病程久的病例，治愈较难，疗程也长。其中一例病程达11年之久，施灸一疗程后，也能获得痊愈，可见针灸对此病实有卓越的疗效，只是所治病例不多，记载也不全面，故本文仅作为初步报道性质，希望借此引起各界注意，以便提高和发扬。

按：本文曾发表于《浙江中医杂志》1959年7月号。报告灸治小儿偏坠症15例的初步疗效观察，虽样本较少，病史记录与分析也不够完整，但对偏坠症中医认识的论述有一定的深度，并对治疗的探讨也有相当的内含，可作临床的参考，特予收辑。

针刺治疗乳糜尿30例的初步临床总结与远期疗效观察

乳糜尿是斑氏丝虫病常见的特殊症状，到目前为止，还缺少满意的治疗方法。1961年，我们对一例久治无效的患者进行了治疗，发现针灸对本症有效，从而启发了我们研究的动机。在三年多时间里，我们对40余例患者进行了治疗，通过摸索，初步获得了一些成效。现将30例病者的近期疗效与远期复访结果总结如下：

一、近期观察

1. 病例来源

大部分病例由上海第一医学院中山医院和其他兄弟医院转来，一部分由我院自己收治。

2. 观察方法

（1）对象选择　凡症状具备小便混浊，呈现乳白色或兼血色；尿液乙醚试验找到脂肪球，确诊为乳糜尿或血性乳糜尿者。并经X线胸透检查，排除胸导管因结核浸润和肿瘤等新生物压迫的因素。

（2）检查方法

1）实验室检查　每一病例，在治疗的前后和每一疗程结束后，都作尿液乙醚试验、尿常规和爱迪氏计数检查，以

观察治疗的效果。治疗前，并须在尿液和夜间周围血液中，找丝虫各 3 次，以及作粪便集卵试验 3 次，寻找致病原因。

2) 经络、经穴切诊检查　每一病例，在治疗前后以及每一疗程结束后，都要作一次经络、经穴的切诊检查，以观察病情的进退和治疗的效果。

(3) 分型和论治　我们对所受治的病例，都经辨证分型，并依据不同类型，分别论治。兹列表如下。

表 1　初例患者分型施治简表

类型	主症及脉舌	切痛穴点	治则	配穴处方	治　法
湿阻	胸闷、腹胀、肢重、纳呆、小便乳黄色，有时呈粉红色，淋涩不畅，脉濡滑、或带数，舌苔黄腻	膻中★紫宫、上脘、水分★中极★石门★带脉★章门、气户★气冲等处	温运化滞	神阙＊水分＊石门＊膻中＊带脉＊气户＊三焦俞－委阳－中极－阴陵泉－气冲－脾俞＋	针刺、饼灸兼施，或间日交替使用
阳虚	头昏、乏力、腰酸，畏寒、肢浮、小便乳白或见红色，脉濡弱，舌质胖嫩，苔薄	章门★大包★俞府★神藏、彧中、膻中★关元★气海★脾俞★肾俞等	温补脾肾	神阙＊气海＊膻中＊俞府＊大包＊建里＊脾俞＊关元＊脾俞＋足三里＋三阴交＋	以饼灸为主，适当结合针刺
阴虚	消瘦、盗汗、失眠、心烦、小便粉红色或鲜红色，脉细弦或数，舌质红或绛	膻中★阴交★肓俞★神道★心俞、巨阙、京门★命门★等处	滋阴为主	肾俞＋心俞＋肓俞＋关元＋复溜＋阴郄－京门＋气穴＋膻中＊神阙＊阴交＊命门	针刺为主结合灸治

(续表)

类型	主症及脉舌	切痛穴点	治则	配穴处方	治法
备注		有"★"者为出现切痛较多的穴位		1. 有"*"为施灸穴 2. "+"为补,"-"为泻	1. 灸用特制药饼,下垫五香散药末,灸5~7壮 2. 针刺手法均用提插,结合捻转补泻,术后留针10~20分钟

1）温灸药饼方：白附子、生草乌、丁香、苍术、小茴香、细辛、乳香、没药各 45 克，蜂蜜 150 克，鲜葱 30 克，生姜 30 克。

2）温灸五香散方：细辛、白芷、丁香、木香、乳香、大茴香各 45 克，研末备用。

（4）疗效标准

1）治愈　通过治疗，小便转清；乙醚试验及爱迪氏计数均转阴性，并能通过"激发试验"，随访半年以上未见复发者。

2）好转　通过治疗，小便时清时混，乙醚试验：脂肪球减少，尿常规及爱迪氏计数红白血球有显著下降者，或小便虽清，而不能通过"激发试验"者。

3）无效　治疗毫无影响者。

（5）激发试验　高脂肪饮食连续 3～5 天（每日在普食基础上再加 2～3 倍的脂肪），同时增加活动量。在激发期内，每日作乙醚试验 1 次，并仔细观察 1 天内每次小便的颜色，完成激发试验后，作最后一次复查（内包括血尿常规、乙醚试验和爱迪氏计数）。

3. 观察结果

（1）资料分析　我们把能够随访到的和已经随访到的30例病例资料分析如下：

1）性别与年龄　本组30例中，男性23例，女性7例，约为3∶1；发病与年龄无显著差异。

2）发病规律　本组30例中，除门诊病史未记录发病规律及初次发病和连续不断者17例外，尚有13例可以统计。其中6例好发于每年夏季；2例为隔年夏季发病，2例则好发于春季；1例多发于冬季；2例则无一定的规律。此外，有4例病程连续不断，计持续2年、6年者各1例；5年者2例。从中可以看出：① 本症好发于夏季；② 本症可间歇发作；③ 严重的病者可持续发病达数年之久。

3）病因　大多数学者认为，乳糜尿是斑氏丝虫病的特殊症状。在这30例中，有丝虫病史或曾找到丝虫者9例；有过丝虫病其他症状如“丹毒”、“睾丸炎”者2例；有丝虫病流行区旅居史者8例；其余11例原因不明。据此而论，乳糜尿与丝虫病的确有密切的联系。

4）尿液色泽与状态　尿色单纯为乳白色5例；伴有血液者25例，性状为胶样块物者6例；无块者24例。可知乳糜尿80%以上伴有血尿，小便中呈胶块，仅为少数。

5）中医分型　我们根据每例患者的主症进行了辨证分型，其中湿阻型18例，阳虚型7例，阴虚型5例，半数以上的患者是湿阻型，其次是阳虚型，典型阴虚者最少。

（2）疗效分析

1）疗效与治疗随访时间的统计　本组随访到的30例中，治愈18例（占60%）；好转6例（占20%）；无效6例（占20%），有效率为80%。治愈18例中，随访半年以上者10例（55.56%）；1年以上者3例（16.67%）；2年以上者5例

(27.78%)。随访1～2年以上者占44.45%。

2）性别与疗效的关系　男性23例中，治愈14例，好转5例，无效4例，有效率占82.61%；女性7例中，治愈4例，好转1例，无效2例，有效率占71.43%。男性有效率略高于女性，但并不显著。

3）年龄与疗效的关系　表2示：各组年龄与疗效的差异不显著。

表2　年龄与疗效关系

年　龄	治　愈	好　转	无　效	合　计
21～30岁	5	2	1	8
31～40岁	3	2	3	8
41～50岁	5	2	1	8
51岁以上	5		1	6

4）发病次数与疗效的关系　表3示：发病次数愈少，治疗效果愈佳。

表3　发病次数与疗效关系

发病次数	治　愈	好　转	无　效	合　计
1	11		1	12
2	3	2		5
3	3	2	2	7
4		1		1
5次以上	1	1	3	5

5）症状与疗效的关系（见表 4） 疗效不受尿色的影响，但有块比无块疗效差。

表 4 症状与疗效关系

症状	尿色						性状					
	乳白色			带血			有块			无块		
疗效	治愈	好转	无效	治愈	好转	无效	治愈	好转	无效	治愈	好转	无效
例数	3	1	1	15	5	5	2	0	4	16	6	2

6）类型与疗效的关系（见表 5） 湿阻型有效率达 88.89%，阳虚型有效率 85.71%，阴虚型有效率 40%，故以湿阻型及阳虚型疗效较佳，阴虚型比较难治。

表 5 类型与疗效关系

证型	治愈	好转	无效	合计
湿阻型	13	3	2	18
阳虚型	5	1	1	7
阴虚型		2	3	5

7）疗程与疗效的关系（见表 6） 疗效与治疗次数不成正比，治疗次数过多的不一定效果好。这可能是机体对针灸刺激，产生适应性的关系。因此，我们设想，疗程的规定最好是 1 个月，观察 1～3 个疗程为限。

8）治疗与疗效的关系（见表 7） 上表的统计表明，饼灸对本症似有良好的影响。

表6 疗程与疗效关系

治疗次数	治　愈	好　转	无　效	合　计
10～30	4	2	1*	7
31～51	7			7
51～70	4	1		5
71～100	3	1		4
100 以上		2	5	7

注："*"系自动出院。

表7 治疗与疗效关系

治疗方法	治　愈	好　转	无　效
针刺为主	1	2	3
饼灸为主	14	3	
针灸并重	13	1	3

二、远期复访

乳糜尿的西药治疗一般采用硝酸银肾盂灌洗法，但疗效不能持久；手术治疗对人体的损伤较大，且远期效果也不理想。根据有关报道资料统计：肾蒂淋巴管结扎术5～6年的远期效果（治愈率）为6.9%～10.5%，奇静脉与胸导管吻合术的手术成功率为50%左右。因此，乳糜尿至今还缺少满意的治疗方法。60年代初，我们用针灸治疗一批乳糜尿患者，根据1965年的疗效小结，发现针灸疗法对本症有一定效果，半年

至2年左右的近期疗效，临床治愈率为60%。但我们考虑到乳糜尿可反复发作，间歇时间长短并不一致，因此，于1981年又进行了一次远期效果的追访复查，结果如下：

1. 复访对象和例数

为60年代针灸治疗后，获临床治愈的病例20人和好转病例6人，共计26人。

2. 复访结果

(1) 原临床治愈病例20人中，5人因时隔已久，终未访到；3人已病亡(因心肌梗塞、糖尿病和不明死因各1例)；实际访到的有12人。其中几年来仍多次反复发作的有2人，15～20年从未发作的有8人，尚有1人在治愈10年后，因过度劳累，曾一度出现小便混浊，后再经针灸治疗而愈，迄今已8年未发；另有1人，治愈13年后再次发作。因此，以这次访到12人计算，疗效能维持10年以上者共10人(占83.33%)，其中15～20年以上的共8人(占66.67%)。

(2) 原好转的6人中，有5人维持原有疗效，小便偶有混浊，尚有1人于治疗后第3年起小便转清，至今已13年未发。

从这次远期效果追访复查的结果来看，绝大部分病例疗效巩固，复发或再发的仅占少数。说明针灸对本病的治疗有远期效果。

典型病例介绍

病例1. 肖某某，男，28岁，工人，住院号2034，入院日期：1962年4月11日。

主诉：小便乳白兼粉红色已2年。

病史摘要：自1960年起发现小便混浊，如米泔水，每进多脂肪食物后，浓如牛乳，疲劳后亦然，迁延2年，未能治愈。最近4月来更甚，尿液更浓，因至中山医院求治，经泌尿科检查后，诊断为“乳糜尿”而转来我院，即收入病房观察，追讯过去

病史：有“丹毒”及“疝气”之发作。

症状及体征：小便呈乳白色，兼有血液，头昏、胸闷、腹胀、纳呆腰酸、神疲、乏力、消瘦，脉濡数，苔薄腻而黄。乙醚试验＋；尿常规：蛋白＋＋，红血球＋＋；爱迪氏计数：管型无，上皮细胞及白血球 105 万个，红血球2 112万个；血丝虫检查三次均－。在膻中、气户、中极、神阙、水分、章门等处出现压痛。

中医印象：膏淋、血淋。

西医诊断：斑氏丝虫病——血性乳糜尿。

辨证分型：湿阻型。

治疗经过：针刺、饼灸间日交替进行（取穴详表 1），共住院 79 天，计针刺、饼灸各 38 次。通过治疗，症状消失，小便恢复正常。出院前作激发试验，能顺利通过，出院后，随访 2 年未发，并已恢复原来工作。

治疗结果：治愈。

病例 2. 宋某某，男，36 岁，干部，住院号 904，入院日期：1961 年 10 月 6 日。

主诉：小便乳白色、浑浊已有 3 个月。

病史摘要：1961 年 6 月始，有小便困难、尿频，但无涩痛，身体疲倦“睡眠不佳”食欲减退。7 月 20 日，突然发热，小便不通畅，排出块状物。经某某医院检查，发现血丝虫，服“海群生”3 星期，同时服用中药补中益气汤加减，并请本科会诊，针灸治疗 6 次。因针灸后，自觉小便好转，即转来本院治疗，作住院观察。

症状及体征：尿液乳白带黄、腰酸、头昏、精神疲乏、食欲不佳、恶寒怕冷、下肢有重坠感，大便时溏、寤而难寐、心烦不渴，脉来濡细，舌质淡，苔薄白，在大包、章门、府舍、神藏、灵墟、膻中、肾俞、脾俞等处有切痛。乙醚试验＋；尿常规：蛋白＋，白血球少许，红血球＋；爱迪氏计数：管型无，上皮细胞及

白血球 750 万个，红血球 170 万个。

中医印象：膏淋。

西医诊断：斑氏丝虫病——乳糜尿。

辨证分型：阳虚型。

治疗经过：入院后，在切痛穴点及规定俞穴上施灸，并随证加减配用，共灸治 46 次。出院时，小便清晰，食欲增加，诸证显著进步，小便乙醚试验－；爱迪氏计数：上皮细胞及白血球 94 万个，红血球 33 万个。随访 2 年，疲劳时小便仅有轻度混浊。

治疗结果：好转。

三、讨论

1. 祖国医学对本证的认识

“乳糜尿”是现代医学上一种症状的名称。在公元 1812 年，由 Chapoton 氏首先描述。祖国医学中早见于汉末华佗的《中藏经》，有“膏者，小便中出物如脂膏”的记载。明代戴思恭的《证治要诀》中也已提到：“膏淋，溺与精混，或浮在漩上如脂膏状”，简要地描述了本症乳糜样尿液的特征。《医学入门》也有“膏淋者，血淋如膏”的记载，说明古人也早已认识到本证可兼有血尿。综上文献的描述，本证可归属于诸淋门中，而以膏淋与血淋更为近似。兹将我们临床所见，结合祖国医学的认识概论于下：

（1）湿阻型　湿邪外袭，而致脾虚不运，中州受困，三焦因此痞塞，缊湿化热，腐脂成膏，损伤肾络，以致膏与血并，随溲而下。

（2）阳虚型　肾为胃关，而为封藏之本，肾虚则关隘不固，不能摄纳胃府所生之肥液，加以脾气虚弱，中气下陷，清阳

不升，脂膏不能输布全身，因而流入膀胱，与溲俱出。

（3）阴虚型　肾阴亏耗，相火炽盛，三焦热郁，腐脂伤络，下传膀胱，膏血与溺同出。

2. 经络切痛的认识

经络是内连脏腑，外络肢节的，其对内有传递刺激及于脏腑的传导作用；对外有反映脏腑病变达于体表的反应作用。乳糜尿患者所以会在体表出现一定的切痛现象，是与经络的后一种功能分不开的。据我们临床观察的结果，30例本证患者，在体表都有或多或少的切痛俞穴。而这些切痛穴的分布，基本上都在一定的经络线路上，与脏腑亦有一定的联系。

湿阻型的病者，其切痛点大都在任脉、带脉和胃经上，因为湿邪内郁而致三焦痞塞，而任脉则贯穿了上、中、下三焦，所以在任脉的膻中或紫宫（上焦），上脘或水分（中焦），石门或中极（下焦）等穴处可出现切痛。同时膻中为三焦经脉气所布，水分为小肠分别清浊之所，石门为三焦募穴，中极为膀胱募穴，故切痛现象出现较多。湿热下注，古人有循带脉而下的说法，因此在带脉的带脉穴或章门等穴处，亦可找到切痛。又因湿邪之生，与脾胃关系最为密切，所以切痛往往会在胃经的气户、气冲等穴处出现。

阳虚型的病者，大都在大包、章门、俞府或神藏、彧中等穴处出现切痛点，这些穴位属于脾肾二经，另因本证患者，元气皆虚，所以切痛点也反映在任脉的关元、气海等处。元气生发于脐下肾间，乃是宗气出入之门户，元气虚惫，往往宗气亦虚，因于宗气所积之海——膻中穴出现切痛。又因太阳为“诸阳主气”、胸腹气街之气所出，脏腑的背俞穴均在其上，所以“阴病引阳”，在脾俞、肾俞穴处也可出现压痛的感觉。

阴虚型的病者，压痛点常可出现在任脉和督脉上，因为任

为诸阴之海，督为诸阳之纲，阴精亏耗则任脉必虚，故膻中、阴交穴处呈现切痛。阴虚则阳亢、气火有余，故于心神出入处——督脉之神道穴及相火寄附处——命门穴可有切痛之感；又因肾阴亏耗，故足少阴经之肓俞和肾之募穴——京门之处也有切痛；同时诸热必应于心，故本型患者，心俞穴处也常有切痛的感觉。

从上述切痛点分布情况来看，其关系基本上是符合经络脏腑的病理联系的。据此，也进一步体会到祖国医学经络学说的正确性和完善性。但由于这是一个新的发现，同时，我们观察的病例还不够多，因此仅作为初步报道，有待今后进一步的探索。

3. 有关资料的分析

(1) 发病季节与病型的关系　从表8可以看出：除门诊病史未记录其发病规律和初发以及持续不断发病者17例外，其余13例中有半数以上的病者是好发于每年夏季或隔年夏季。再由表9可见：约有半数以上的病者是湿阻型，两者相联系完全符合祖国医学“长夏主湿”的认识，也表明本证大都因湿邪内阻，三焦痞涩所引起，因此，每当湿令之季，内外二因相合，发病可能性最大。此外，疲劳也是一个重要的诱发因素，夏季体力消耗较多，劳则气耗，脾气耗伤则聚液生湿，肾气耗伤则封藏失职，所以易于发病。

表8　发病规律统计

发　病　规　律	例　数
好发于每年夏季者	6
隔年夏季发病者	2
好发于每年春季者	2

(续表)

发　病　规　律	例　数
好发于每年冬季者	1
无一定规律者	2
门诊病史不详，初发及续发者	17
总　计	30

表9　病型统计

病　型	例　数
湿　阻	18
阳　虚	7
阴　虚	5
总　计	30

（2）有关本证的自愈倾向和针灸治疗的影响问题　乳糜尿可以间歇发作，尤其是症状轻微和初次发病的患者，在得到适当的休息和控制脂肪饮食后，往往也可以自然痊愈。针灸治疗是否由于通过休息，调动了自愈因素而促使本证痊愈？或者为本证的自愈倾向而非针灸的治疗影响？有关这个问题，我们有如下几点不成熟的看法：

有些乳糜尿病者的所谓"自然痊愈"，往往仅是疾病的间歇，一旦进食脂肪饮食或增加活动后每致复发，在临床病史中，病者亦常诉述这种情况，因此看来似非真正的痊愈。然本组病例治愈后都能通过高脂肪及增加活动"激发试验"，并有44.45%的病者随访已超过1年，这对自愈的病者来说，恐未

能达到如此稳定的程度。

同时，本组病例中，有持续2年、6年不愈者各1例，5年者2例，这些病者均已丧失了自愈的可能，但通过针灸治疗，其中3例却获得显著的效果。可见针灸治疗对本证有确切的影响，而不是由于治疗过程中，通过休息调动了自愈的因素的结果，兹将持续发病的3例列表。

表10　持续不断病例表

姓　名	住院号	病　　况	治疗次数	结　　果
丁某某	3854	乳糜血尿持续发作5年	50	能顺利通过治愈鉴定
孟某某	804	乳糜血尿持续不断6年	95	能通过治愈鉴定
肖某某	2034	（见"典型病例介绍例1"）2年	76	能通过治愈鉴定

（3）治法的讨论　表7所示，我们对30例病者，广泛应用了以药饼为主和针灸兼施的治法（占4/5）。我们认为：灸有开壅决滞，化湿行瘀的作用，而本病大都由于湿邪内蕴，三焦痞塞及脾肾阳虚，摄纳无权所引起，故宜多用灸法。我们根据《千金方》，人有病痛，灸刺"阿是穴"皆验的理论指导，取用部分切痛穴，施以灸法。取得了一定的成效。这反映了切痛穴点有经络反映内部疾病与传递治疗刺激的选择性的特殊功能。对阳虚型病例，我们采用以灸为主，以起扶阳温运的功效；对湿阻型病例则采取针灸兼施的治法，虽然本型病者有因湿邪郁久化热的现象，但我们依照李梃《医学入门》所说："热者灸之，引郁热之气外发，火就燥之义"的启示，采用饼灸治疗，结果取得良好的效果。兹举例如下：

病例3. 沈某某，男，48岁，住院号5223，入院日期：1963

年8月17日共住院72天。

主诉：小便乳白色，持续不断已有2个月。

病史摘要：于1953年5月因腰酸、腰痛、小便混浊而求治于仁济医院，经检查血液，发现有丝虫，服“海群生”后，病情逐渐缓解，至1954年上症消失。1963年6月底，腰痛又发，随现尿液混浊。经本市第一人民医院膀胱镜检查，发现两侧肾盂均有乳糜液喷出，遂来我院作针灸治疗。

症状与体征：尿液如牛乳兼有红色，腰痛，胸闷，腹胀，纳呆，肢体沉重，口苦，渴不欲饮，小便涩痛，脉滑数，苔白腻微黄。膻中、水分、气户、中极、带脉等穴有切痛。乙醚试验：+；爱迪氏计数：管型无，红血球3 177万个，上皮细胞及白血球3 755万个。

中医印象：膏淋、血淋。

西医诊断：斑氏丝虫病——血性乳糜尿。

辨证分型：湿阻(湿热)型。

治疗摘要：针刺、饼灸间日交替使用，在入院1个月针刺、饼灸20余次后，小便渐见清晰，腰酸和腹胀等症状亦有好转，再过1周后，小便清晰。乙醚试验和爱迪氏计数均转阴性，巩固1个月后，作激发试验，能顺利通过，随访10个月未发，并已恢复原来工作。

治疗结果：治愈。

至于阴虚型病者，我们根据《内经》“火郁发之”的治则和李梴“灸能引郁外发”的指示，在掌握针刺为主的原则下，适量配予少量切痛穴施灸，也能收到一定的疗效。这是我们大胆的尝试，在此提供线索，以待进一步观察。举例如下：

病例四　吴某某，男，33岁，住院号920，入院日期：1961年10月4日。

主诉：小便呈乳白粉红色混浊，已连续5月余。

病史摘要：1957 年第 1 次发病，此为第 3 次复发，由中山医院转来。

症状及体征：小便混浊兼有血块，消瘦，心烦，失眠，多梦，脉弦，舌质红绛。神道、肓俞、京门、关元等穴处有切痛。乙醚试验＋；爱迪氏计数：管型无，上皮细胞及白血球 5 000 万个，红血球 566 万个。

中医印象：膏淋、血淋。

西医诊断：斑氏丝虫病——血性乳糜尿。

辨证分型：阴虚型。

治疗摘要：入院后半个月，采用单纯针刺，尿色、其他症状和体征未有改善，此后配予适当灸法（隔天灸治 1～2 穴），半月后，小便转淡而清，切痛点消失，巩固治疗 1 月后，能通过激发试验而出院。但 1 年后复发。

治疗结果：好转。

通过初步观察，我们体会到：只要切实掌握脉舌的变化和灸量的多少，轻度的阴虚型患者，仍是可以施灸的。

表 7 中饼灸效果优于针刺，也反映了上述情况。而表 5 中阴虚型有 3 例无效，可能也与我们在当初时对阴虚型病者不敢施灸的因素有关。

四、小结

1. 本文观察了针灸治疗 30 例乳糜尿的结果，治愈 18 例（占 60%），好转 6 例（占 20%），有效率为 80%。治愈例中，随访半年以上未发者 10 例，1 年以上者 3 例，2 年以上者 5 例。

2. 本证临床表现，可分湿阻、阳虚、阴虚三型，发病以湿阻型为最多，阴虚型最少。疗效前两者基本相同，有效率高，后者较差，比较难治，但这可能与我们不敢施用灸法有关。

3. 本证发病以夏季为多，符合古人“长夏主湿”的认识，且与疲劳有一定影响，大多病者有丝虫病感染史，或接触史，说明其致病与丝虫病确有密切关系。

4. 年龄、性别、伴有血尿与否，对疗效无显著差别，发病次数少，尿中无块状者疗效较佳。

5. 针和灸的影响，似以灸治为佳，治疗次数与疗效不成正比，这可能是机体对针刺激产生适应的关系。

6. 本证体表部出现经络切痛点，大部分为经穴，且与中医脏腑病理的认识与经络的联系有一定的关系，说明了经络学说的客观存在及其在临床上的现实意义。

7. 通过复访，证实针灸治疗本证具有远期治愈的特点，值得引起重视。

按：本文系综合《针灸治疗乳糜尿30例的初步临床观察》（原发表在《针灸杂志》1966年第1期）与《针灸治疗乳糜尿的远期效果观察》（原发表在《中国针灸》1982年第3期）两文而成。该两文总结了朱汝功老师60年代初施用针灸治疗乳糜尿患者30例的近、远期疗效观察，病史资料完整，数据可靠，分析客观，有一定的说服力，可以作为临床参考。参与本工作的还有张时宜、吴绍德、王卜雄等。

针灸治疗面瘫的初步观察

"面瘫"即颜面神经麻痹症，在祖国医学文献中，称作"口眼㖞斜"，也称"口僻"，都是因其症状的形象而命名的。此症在古人的理解中，认为是由于中了风邪而致，所以历代文献均将其归入于风门中，概称为"中风"，很少有单独的专篇论载，因此在搜集和介绍祖国医学对面瘫的有关资料方面，是感到不够的。

一、祖国医学上对面瘫的认识

面瘫一症，在数千年前，《内经》中早有记载，后世医家，代承其说，论著皆以《内经》为基础，未有逸出其范围者。本文以我学习所得分别归纳介绍如下：

1. 面瘫病变的所在

虽然古人缺乏现代的解剖知识，但是早在《内经》中已发现其病在经脉与经筋，因此在《灵枢》经脉篇和经筋篇中，均不止一次的提到了面瘫的病症。后来元朝张子和在《儒门事亲》中进一步分辨说："目虽斜，而目之眶骨未尝斜，口虽㖞，而口之辅车未尝㖞，此经之受病而非窍病明矣。"张氏所指出的经病而非窍病，就是承袭《内经》思想的指导而说的，所谓经之受病，当然也指和面颊部有的经络和经筋而言，什么是经筋呢？说得现代化一些，就是近乎肌肉、肌腱和筋膜一类的组织，依靠经气为养的筋肉。假使分布在面部的经络和经筋有了病

变，面瘫的症状也就随之而出现了。兹为进一步了解起见，特将《灵枢经》脉篇和经筋篇所载，和面颊部有关的经脉与经筋原文节录如下：

经脉方面：① 大肠手阳明之脉，其支者，从缺盆，上颈贯颊，入下齿中，还出侠口，交人中，左之右，右之左，上侠鼻孔。② 胃足阳明之脉，起于鼻交頞中，下循鼻外，入上齿中，还出侠口环唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅，其支者，从大迎前下人迎，循喉咙，入缺盆，下鬲属胃络脾……

经筋方面：① 足阳明之筋，上挟口，合于頄下，结于鼻，上合于太阳，其支者，从颊结于耳前。② 手阳明之筋，其支者，上颊，结于頄。③ 手太阳之筋，直者，出耳上，下结于颔，属目外眥，其支者，上曲牙，循耳前，属目外眥，上颔，结于角。④ 足太阳之筋，其直者，结于枕骨，上头，下颜，结于鼻，其支者，为目上纲，下结于頄。⑤ 足少阳之筋，出太阳之前，循耳后，上额角，交巅上，下走颔，上结于頄。⑥ 手少阳之筋，其直者，当曲颊，入系舌本，其支者，上曲牙，循耳前，属目外眥，上乘颔，结于角。

从上面的节文中，可以看出分布头面的经筋，虽然六阳皆有（按：手三阳经和足三阳经皆上会于头面），但以足阳明和手太阳为最广，循行于面颊部的经脉，是以足阳明为较长，所以《灵枢》经脉篇及经筋篇又指出："胃足阳明之脉，是动则病，口㖞唇胗"。"足阳明之筋，其病……卒口僻。""足之阳明，手之太阳，筋急则口目为僻。"

由此可见古人认为面瘫病在经脉与经筋，确实是有一定科学价值的。

2. 面瘫的病因

在祖国医学上，对面瘫的病因认识有内外因之分：隋巢元方《诸病源候论·中风门·风口㖞候》说："风邪入于足阳

明、手太阳之筋……故使口㖞僻。"《妇人杂病门·偏风口㖞候》也说："偏风口㖞，是体虚受风，风入于夹口之筋……故令口僻也。"《小儿杂病门·中风口㖞邪僻候》说："小儿中风，口㖞邪僻，是风入于颔颊之筋故也。"巢氏的见解，认为面瘫的发病虽然男女老少皆有，但其病因均为风邪入于面颊部的经筋所致，这就是外因。

除了巢氏所主张的外因说以外，后来林珮琴《类证治裁》中说："口眼㖞斜，血液衰涸，不能荣润筋脉。"喻嘉言《医门法律》中也说："口眼㖞斜面部之气不顺也。"这二位医家的论著指出面瘫也可因气血不足的原因而产生，我们在临床上常常可以体会到面瘫的发病，多在人体工作过劳，用脑过度，或睡眠不足，气血耗伤之后，或者其人体质素弱，气血两亏，以及妇人新产失血，小儿元气未充，也往往易发面瘫，此即内在因素。

他如肝肾不足，风阳上扰，酒浆无度，痰热生风等所谓类中风症，也往往有面瘫的症状，这些都是属于内因。

3. 面瘫症状发生的病理

《金匮要略·中风篇》说："贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，㖞僻不遂，邪在于络，肌肉不仁。"李梴《医学入门》也说："风邪初入反缓，正气反急，以致口眼㖞斜。"就是说风邪中人之后，留于经络之间而不去，阻碍了经络中气血的循行，以致发生局部不仁不用的症状，受病邪的一面，由于机能上的不用而产生了纵缓的现象，被无病的一面所牵引，于是口眼㖞斜的症状就发生了，这和现代医学上的见解完全是相同的。

二、面瘫的症状

对面瘫症状的描绘，在祖国医学文献上是比较不够全面

的，但仅据“口眼㖞斜”四字已朴素地描述出了整个面瘫的主症。《灵枢·经筋》篇有：“口目为僻，眥急不能卒视。”的症状记载，巢氏《病源·风口㖞候》也有“口㖞僻，言语不正，而目不能平视”的症状描写。所以早在古人已观察到面瘫症状主要表现在口区与眼区两部分，从吾人日常接触的病例中，可以将面瘫的症状归纳如下：

1. 眼区

患侧眼裂扩大，闭合不全，下眼胞下垂，若强令闭合，则眼珠上翻，露出白眼，此外流泪或无泪，眼燥甚时眼赤。

2. 口区

口角歪向健侧，笑时更甚，严重患者可以口角下垂，口唇闭合不全，饮食时食物停滞在患侧颊内，饮水时常由患侧流出，不能吹哨、鼓腮，言语发音不清。

其他面部无表情，不能皱额及皱眉，味觉部分丧失，听觉过敏等也是面瘫的主要症状。

三、针灸治疗面瘫的文献介绍

有关针灸治疗面瘫的文献，散载于各家著作中，兹举其重要的如后：

1. 晋代皇甫谧《甲乙经》：“口僻，颧髎及龈交、下关主之。”“目痛口僻戾，目不明，四白主之。”“鼻窒口僻，禾髎主之。”“口僻不正，翳风主之。”

2. 宋代王惟一《铜人俞穴针灸图经》：“客主人治偏风口眼㖞斜。”

3. 明代徐春甫《古今医统》：“治中风口眼㖞斜，听会二穴在耳下韭叶陷中，地仓二穴，在口吻四分外，近下有脉微微动者是，上二穴，左患灸右，右患灸左。”

4. 明代张介宾《类经图翼》:“颊车主治偏风口眼歪斜,病左治右,病右治左。”“下关主治偏风口眼歪斜……”“承浆主治偏风,半身不遂,口眼㖞斜。”

5. 明代杨继洲《针灸大成·玉龙歌》:“口眼㖞斜最可嗟,地仓妙穴连颊车。”《百症赋》:“颊车地仓穴,正口㖞于片时。”《杂病穴法歌》:“口噤㖞斜流涎多,地仓颊车仍可举”。

6. 清代陈梦雷《图书集成·风门》:“口眼歪斜,地仓针入二分,沿面斜向颊车一寸半,留十呼泻之,颊车斜向地仓,以上两穴,㖞右补泻左,㖞左补泻右”。

根据以上各家古人的经验总括起来说:第一,古人治疗面瘫的经效穴位均是以面部六阳经脉流注的所在为主;第二,面颊部以足阳明之经络与经筋分布最广,所以各家文献中取穴也以该经为主要。这种处方治疗的方针,完全是以《内经》为基础的,也就是现代一般针灸家治疗面瘫取穴的根据,其中稍有异者,为古代治疗面瘫有用灸法的,而目前临床上应用却以针法较多,其效果并不低于灸法,盖头为诸阳之首,不宜多灸。《针灸大成》曾说:“至于首为诸阳之会,百脉之宗,人之受病因多,而我之施灸宜别,若不察其机而多灸之,其能免夫头目旋眩,还视不明之咎乎?不审其地而并灸之,其能免夫气血滞绝,肌肉单薄之忌乎?”这种灸后不良反应,在临床上实是累见不鲜,所以本人治疗面瘫都不采用灸法。

四、取用穴位和操作方法

本人在临床上治疗面瘫所应用的穴位,也是以古人经验为主,结合自己数十年来的体会,一般处方取用:颊车、地仓、下关、四白、风池、丝竹空、阳白、合谷等八穴为主穴。迎香、禾髎、瞳子髎、听会、客主人、翳风、攒竹、颧髎、承浆等九穴为

表 1　应用穴位一览

穴　名	听闻经络	主配穴	部　　位	针　向	深浅	备　　注
颊车	胃　经	主	在耳下，下颌角上陷中，开口有孔	向地仓穴斜刺	八分	图翼：主治口眼㖞斜
地仓	胃　经	主	在口角之外侧，约四分	向颊车斜刺	一寸	跻脉手足阳明之会 铜人：治伤风口㖞
下关	胃　经	主	在颧骨弓下陷中，闭口有孔，开口则闭	直　刺	4～5 分	足阳明少阳之会 甲乙：主口僻
四白	胃　经	主	正视时，瞳孔直下一寸	直　刺	3～4 分	铜人：刺过深令人目乌色 图翼：目瞤动流泪，口僻
合谷	大肠经	主	手拇食二指肢骨之间，平伸手掌时有凹陷	直　刺	6～8 分	手阳明经原穴 四总歌，面口合谷收
迎香	大肠经	配	鼻孔傍约五分	直　刺	3 分	手足阳明之会 铜人：治伤风口僻
禾髎	大肠经	配	水沟穴傍约五分	斜　刺	3 分	甲乙：鼻窒口僻，禾髎主之
瞳子髎	胆　经	配	目外眥，去眥五分	斜　刺	2 分	手太阳足少阳之会
风池	胆　经	主	在颞颥后发际陷中	刺右针尖对左目面入刺，左反之	8 分	手足少阳，阳维阳跻之会，治风要穴，并治耳目诸疾

（续表）

穴　名	听闻经络	主配穴	部　　位	针　向	深浅	备　　注
阳白	胆　经	主	正视时，瞳孔直上，约去眉一寸	沿皮针刺	2～3分	足少阳，阳维之会，额纹消失时用此穴
听会	胆　经	配	耳珠前陷中，开口有空	直　刺	3～4分	大成：口眼㖞斜，听觉过敏时用此穴
客主人	胆　经	配	在颧骨弓中央上部，张口有空	直　刺	3分	过深中脉，为漏为声 图翼：主治口眼㖞斜
翳风	三焦经	配	在耳垂后陷中，按之通耳	直　刺	4分	手足少阳之会 甲乙：主治口僻不正
丝竹室	三焦经	主	在眉后陷中	斜　刺	5分	目赤多泪，眼不能闭时取用此穴为主
攒竹	膀　胱	配	眉头凹陷处	斜　刺	3分	有眼区症状时配用
颧髎	小肠经	配	在颧骨下，与目外眥直对	直　刺	5分	手少阳太阳之会 铜人：治口㖞。刺不宜过深，过深为盲
承浆	任　脉	配	在下唇之下，中央陷中	直　刺	3分	足阳明任脉之会 铜人：疗伤风口㖞

配穴(参考表1)应用时按病情需要,以病侧的主穴为基础,配合配穴,每次轮流选用7～8穴施以治疗,其中颊车、地仓、合谷三穴为每例必取之穴,地仓针时沿皮斜向颊车,针入可一寸半左右,合谷穴应取受病的对侧,其他操作方法分述于后:

1. 针刺手法

以应用徐疾补泻法为主,个别穴位也可应用迎随补泻法(如合谷穴)这二种方法在操作上是"疾进徐出为补,疾按其穴;徐进疾出为泻,不闭其穴。"这就是徐疾补泻。另一种是"针芒顺着经脉流注的方向刺入为补,逆着经脉流注的方向刺入为泻。"是即迎随补泻。

在针刺时,首先应很均平地旋捻,分天、地、人三部而进,到达一定深度后,可以上下提插,施行补泻手法,一般须视病者年龄体质的强弱,以及病邪的多少来决定手法的运用,凡年轻力壮,体实邪实的,当竣泻之,以泄其邪,年老体弱,妇人小儿,正气不足,兼受外邪的,可先行泻法以去其邪,再行补法以扶其正,这就是一种补泻兼用的方法,有时遇到外感不重,正气大虚的病人,也可以专用补法,扶正以蠲邪。

总之手法的运用和选择,是一个比较复杂而且直接影响疗效的问题,必须应用中医的四诊、八纲,分别虚实,才能决定施治的方针,如若千篇一律,拘泥不变,往往是不能收到预期的效果。

2. 留针

操作的第二个程序就是留针,在施行好补泻手法后,视病者的体质,可予5～10分钟的留针,但小儿及身体特别衰弱者则不宜。

3. 辅助治疗

本人在临床上所常用者有三种方法:

温针就是在行针后、留针期间,用艾烧针尾,以助针力之不足,使经气起温通的作用,可以加强治疗的效果,不过此法

对肝阳偏亢诸症以及眩晕、烘热、发热、心悸以及婴儿等，都不能应用。

拔罐多数取病侧一面的风池、颊车、四白、颧髎等穴，每次二穴，轮流拔罐（这种方法俗名火罐，又称吸筒，在现代医学上称为吸杯）但是体弱者亦宜慎用，他如肌肉枯瘦浅薄，抽搐痉挛，或局部有静脉曲张者均不能用。

外敷当面瘫初起时，下面二张取方，是能起辅助作用的：① 生白附子 1 两，冰片 2 钱，研末，以面糊作饼，敷下关、颧髎（病侧），每天敷 1 次，每次敷 8 小时，可连用 3 天。② 麝香 2 分，蓖麻子 50 粒（去壳）捣烂作饼，口歪左者，取右手掌的劳宫穴，歪右者取左，贴在穴上，以纱布扎住，烘热水袋上，觉过热时，暂把手离开，约距 10 分钟再烘，日须四～五度。（以上两法，均须每天换药一料，由于本人在应用时没有记入病卡，因此无法提出统计百分比，此间仅作验方介绍）

4. 治疗进度

一般病例，每天须治疗 1 次，连治 6 天，以后间日针治 1 次。病人开始针治时，针刺得气则慢，经过 6～7 次后，得气逐渐迅速，症状也就随之减轻了。

五、针灸疗效的观察

自 1951 年至 1956 年，在我诊所中，共诊治面瘫患者 459 例，经过通信访问，收到复信的有 193 例，其中症状完全消失而痊愈的有 125 人，占 64.8%；显著改善或进步的有 52 人，占 26.9%；微有好转或无效的有 16 人，占 8.3%；总的疗效计 91.7%。兹分别统计如下：

1. 一般情况

痊愈的 125 例中，病史最长的多年；最短的 2 天，年龄大

的75岁，小的2岁；针灸次数最多的74次1人，最少的1次16人；一般在10次左右；其中伴有高血压者2人，头胀眩晕者1人，肢痛者2人。

进步的52例中，病史最长的2年以上，最短的1天；年龄大的73岁，小的1岁；针治次数60次以上者1人，1次8人，一般也在10次左右；其中伴有高血压及心悸者5人。

无效的16例中，病史长的1年以上，短的2个月；年龄大的68岁，小的4岁；针灸次数最多的18次，最少的2次，一般均在10次以下，内中伴有肢痛者1人。

2. 疗效分析

以158例有病程日期记载的病例作统计，其结果疗效以发病在1周以下者为最高74%，以下随病程之增长而疗效依次降低（表2）。年龄与疗效之统计，以1～20岁者百分比最高，以后随年龄而依次降低（表3）。性别与疗效的统计，男和女治愈率无巨大区别。针灸次数与疗效的统计，一般在10次上下即可获显著的效果（表4）。

从痊愈及进步的177例针治总次数2 335人次计算，平均每人为13.2次，所以治疗面瘫我认为可以假定以13次作为一个疗程，比较适当。

六、讨论

1. 面瘫的病因虽有内外因之分，但以临床上实际接触到的病例来说，是由内因者居多，单纯为外因的较少，除少数由外伤或外症引起的外，一般都先有内在因素而再感受外邪侵袭而成。

《灵枢·岁露论》篇："人、气血虚，其卫气去，形独居，肌肉减，皮肤纵，腠理开，毛发残，膲理薄，烟垢落，当是之时，遇贼

表2 病程与疗效统计

日期	一周以下				一周以上，一月以下				一月以上，半年以下				半年以上			
治疗效果	痊愈	进步	无效	合计	痊愈	进步	无效	合计	痊愈	进步	无效	合计	痊愈	进步	无效	合计
病例数	71	22	3	96	25	14	6	45	4	3	2	9	2	5	1	8
%	74	22.9	3.1	100	55.6	31.1	13.3	100	44.4	33.3	22.2	100	25	2.5	12.5	100

表3 年龄与疗效统计

年龄	1～20岁				21～40岁				41～50岁				50岁以上			
治疗效果	痊愈	进步	无效	合计	痊愈	进步	无效	合计	痊愈	进步	无效	合计	痊愈	进步	无效	合计
病例数	26	4	3	33	64	27	5	96	22	10	6	38	13	1	2	26
%	78.8	12.1	9.1	100	66.7	28.1	5.2	100	57.9	26.3	15.8	100	5	42.3	7.7	100

表 4　针治次数与疗效统计

次数 疗效	10 次以下	10～24 次	25～39 次	40～60 次	61 以上
痊愈	74 人	39 人	8 人	4 人	2 人
进步	31 人	10 人	6 人	4 人	1 人
无效	11 人	5 人	—	—	—

风则其人也深……”又曰：“邪不能独伤人，必因身形而后客之也。”

所以面瘫之成，多为其人气血先虚，营卫失调，以致为风寒所袭，而成面瘫。

2. 面瘫之病，在中医理论上认为是一种不仁不用的病理性疾病，《素问・逆调论篇》说：“营气虚而不仁，卫气虚而不用。”《素问・痹论篇》说：“皮肤不营，故不仁。”《素问・风论篇》也说：“卫气有所凝而不行，故其肉有不仁也。”

所以张仲景说：“邪在于络，肌肉不仁。”盖营气者乃是血中之气，卫气者即人之正气或阳气，《难经・三十二难》说：“血为荣，气为卫，相随上下，谓之荣卫。”《五十难》也说：“营气之行，常与卫气相随。”因此杨士瀛《直指方》说：“气者血之帅，气行则血行，气止则血止。”当风邪趁人气血不足，卫外之阳不固之时，袭入于经络，留而不去，使得卫气有所凝泣不通，于是营血的流行也就发生障碍，面部的肌肉皮肤，无营血为养，则生不仁，无卫气以充，则为不用，以致正气引邪，为对侧无病的肌肉所牵引，㖞僻的症状就发生了。所以气血亏损的人，不致立刻就患面瘫，往往在外受风寒之邪后，症状才突然产生。

3. 针灸之所以能治疗面瘫，是针的刺激能起“通其气血，调其阴阳”的作用，《难经・二十三难》说“经脉者，行血气，通阴阳，以荣于身也。”《灵枢・本藏》篇也说：“经脉者，所以行血

气而营阴阳，濡筋骨，利关节也。”“血和则经脉流行营复阴阳，筋骨劲强，关节清利矣。”

因此由于六阳经脉经气的不足，营卫的失调，而致风邪内蕴，络脉下陷，经络不通，气血凝泣所发生的面瘫症状，可以利用金属制成的毫针，在与本病相关的经络穴点上进行针刺，通过运用补泻的手法，以蠲邪扶正，推动经气，疏通六脉，调和气血，经脉通畅，营卫自然相随，不仁不用的肌肤，也就能渐次恢复正常了。

4. 面瘫的发病年龄及男女关系，以 21～40 岁者最多，占 49.7%，41～50 岁者次之，占 19.7%，50 岁以上者最少，占 13.4%。这种发病现象，在中医的理论观点上也是相符的，因为面瘫之病，在古人见解中是属于中风的轻症，李东垣说：“中风为百病之长……中血脉则口眼㖞斜，中腑则肢节废，中脏则性命危急。”40 岁以下较年轻的人，气血较年老之人为充足，所以其中于风者亦浅，不致深入脏腑，因而发生面瘫，年老之人，气血衰亏，若遇中风，常致深入脏腑，而发生击扑偏枯等重症，此项病例在统计时未曾列入，故 40 岁以上发病率反而减少，这并不能说明 40 岁以上的人气血比年轻人充足，而是相反的说明了这个问题。

对男女发病率的统计，男为 56%，女为 44%，相差 12%，男性略多于女性，对这一点，可能和我诊所特约单位的工人性别比例男工较多有关。

5. 在疗效上看，年龄在 50 岁以上的患者，一般治愈率差，盖由年老血衰的关系，发病在 1 星期以内即开始针灸的，疗程短，治愈率高，平均约 10 次左右可以痊愈，如果发病在 1 个月以上的，则病程长，约需 20～30 次左右，方可治愈。很多病例，因不能及时治疗，往往后遗迎风淌泪，目眴、视力减退、面肌萎缩，以及下眼睑外翻等症状。

6. 最后一点须提出的，就是在无效的病例中，有数例均是年龄较轻，病程不长，本来很可以有治愈希望的，但因中断治疗，未能坚持，因此结果无效。与此相对，在痊愈的病例中，一般病程较长，而且治疗效果缓慢，但是由于患者能耐心受治，结果虽针治次数多达 60 次以上，而终获痊愈，由此对比可以肯定针灸对面瘫的疗效是值得注意的，而在施治过程中医者与病者均须耐心，不可意存立效。

七、小结

本文介绍的面瘫针灸疗效观察，是纯以祖国医学立场来进行分析的，由于本人是一个中医师，对西医学说，不能深刻了解，所以不敢作牵强的解释。同时文内所介绍的病例，因受门诊条件的限制，记载不够详尽，容待我以后继续观察，再行报告，所举不当之处，有待于同道们指正。

针灸结合中药治疗食道癌、胃癌临床及免疫指标初步观察

为了探讨中医药对恶性肿瘤的疗效及其作用机制，我们以针灸为主，结合部分中草药对食道、胃癌患者进行治疗，并对部分免疫指标作了观察。现将治疗达半年以上的20例患者（包括恶变死亡病例）初步小结如下。

一、资料分析

1. 年龄与性别

20例中男性17例，女性3例；年龄40～49岁1例，50～59岁8例，60～69岁5例，70岁以上6例。

2. 病员来源

20例均系不适宜做手术、化疗及放疗的晚期癌症患者。绝大多数已滴水不入，有的不能继续服抗癌药，有的为手术后复发的患者，均由外院或龙华医院肿瘤科明确诊断后转来。

3. 诊断依据

X线摄片，证实为恶性肿瘤，其中食道癌绝大多数“脱落细胞阳性”（多数为鳞型细胞）。

4. 肿瘤分段

20例中食道上段癌1例，食道中段癌6例，食道下段癌6例，贲门癌6例，胃窦部溃疡型癌1例。

5. 疗效标准与效果

以中医中药针灸治疗恶性肿瘤疗效判定标准(试行草案)为依据,分临床有效及无效二级。

(1) 临床有效　① 症状减轻: X线检查病体缩小,连续观察1个月以上者;② 症状改善: X线检查病灶稳定,连续观察6个月以上者。

(2) 无效　经治疗后症状继续恶化或死亡者。

治疗结果: 见表1。

表1　临床疗效汇总

疗效＼肿瘤分段	食道上段	食道中段	食道下段	贲门	胃窦部	合　计
临床有效	0	5	3	4	0	12(占60%)
无　效	1	1	3	2	1	8(占40%)
合　计	1	6	6	6	1	20(占100%)

6. 免疫指标测定观察

(1) 正常人和癌症患者的C_3、E玫瑰花指标比较,20例中,针治前有15例经测定免疫功能,发现E玫瑰花环形成率平均数为27.2 ± 1.4,与正常人对照组相比,明显降低,两者之间有明显差异($P<0.01$);血清补体C_3含量也有低下的趋势,但与正常人对照组相比,无统计学意义($P>0.05$)。说明癌症患者无论是细胞免疫,还是非特异性的补体系统都受到不同程度的损伤。表2。

(2) 癌症稳定组和恶化组的C_3、E玫瑰花指标比较,据有关资料报道,癌症病人的免疫功能变化与其病情有关,为此我们在20例患者中选择15例,按照临床症状及其他实验室指标的变化分成两组进行观察。

表 2　免疫指标测定

组别 项目	正常值	肿瘤组	P 值
例数	30	15	
C_3	0.83±0.39	0.76±0.26	$P>0.05$
E 玫瑰花	58.2±2.12	27.2±1.4	$P>0.01$

一组为稳定期，一组为恶化期，观察他们的 E 玫瑰花环形成率及 C_3 含量变化和病情之间的关系。结果：稳定期 8 例患者 E 玫瑰花环形成率平均值为 38.8±9.3，而恶化期 7 例患者为 17.1±6.86，两者之间有明显差异（$P<0.01$），测定血清 C_3 的含量，发现稳定期患者 C_3 平均值为 0.944±0.17，与正常组 45 例比较无差异（$P>0.05$），恶化期患者 C_3 平均值为 0.661±0.28，与正常组相比有统计学意义（$P<0.01$）。说明不同病情的肿瘤患者，其免疫功能有明显差别。

二、治疗方法

1. 治则

根据肿瘤患者“隔塞闭结，上下不通”的局部症状，及晚期癌患者正气虚弱的全身症状，拟定了扶正与祛邪相结合的治疗法则。运用针和灸以温阳扶正、行气散结；配合中草药，使其更好地发挥协同作用，从而提高机体的免疫抗癌能力，延长生存期。

2. 治法

第一阶段：麦粒灸（化脓灸）。取穴：① 大椎、身柱；② 神道、灵台；③ 八椎旁夹脊（双）（第八胸椎棘突旁开 5 分）；④ 脾俞（双）；⑤ 胃俞（双）；⑥ 足三里（双）。每次灸一组，每穴灸

7～9 壮，隔日灸 1 次，灸后用灸疮膏贴在灸穴上，使之化脓，在化脓期间进入第二阶段。

第二阶段：根据不同症状，针刺四肢穴位结合局部并灸。① 针穴：公孙（双）、丰隆（双）、照海（双）、手、足三里（双）、内关（双）、列缺（双）。用提插结合捻转手法，以得气为度；② 隔饼灸法：食道上段癌取天突、璇玑、华盖；中段癌取紫宫、玉堂、膻中；下段癌取中庭、鸠尾、巨阙。胃癌取上脘、中脘、下脘。

隔饼灸时（药饼组成及制法：白附子、乳香、没药、丁香、细辛、小茴香、苍术、川乌、草乌，各等分，共研细粉，加蜂蜜、葱水调制，捏成药饼，如 5 分硬币大，2 分厚，上穿数小孔），饼下垫丁桂散少许，每次灸 3～5 壮，直到背部灸穴化脓净，结痂脱落。此阶段约需 1 个月左右，进入第三阶段。

第三阶段：病变相应部位华佗夹脊刺：食道上段癌取颈$_6$至胸$_2$；中段癌取胸$_3$ 至胸$_6$；下段癌取胸$_7$ 至胸$_{10}$；胃瘤取胸$_{11}$至胸$_{12}$。

随症加减：滴水不入加金津、玉液、天突；发高热加曲池、外关；吐血加血海、膈俞、尺泽。

针灸同时，配用一些扶正软坚、清热解毒的中草药。如滴水不入者加用：① 吞畅散（硇砂 0.4 克、青黛 0.6 克、冰片 0.6 克、柿霜 1 克研粉吞服）一日 3 次。② 双半合剂（生半夏 9 克、半枝莲 60 克、生南星 9 克、旋覆梗 12 克、代赭石 15 克、蜀羊泉 30 克、山豆根 9 克、生草 9 克）。

三、典型病例

裴某某，女，62 岁，门诊号 23423。患者于 1977 年初进食作噎。1978 年 2 月开始进食梗阻。同年 6 月市九人民医院摄

片，食道下段约 4～5 厘米狭窄，黏膜破坏，上段扩张，诊断为食道下段癌。由于高年体弱，不宜手术，用过放疗、化疗，也服过抗癌中草药。至 1978 年 11 月因进食梗阻加剧不能继续服用汤药而转针灸治疗。当时病人形瘦骨立，自汗盗汗，动辄心悸，脉细，苔薄舌边紫斑。按法经治 8 次，渐进流质，吞咽无梗滞，精神渐渐转佳。于 12 月作免疫功能测定，$C_3$0.42 单位/毫升，E 玫瑰花环形成率 15%。1979 年 2 月复发，$C_3$0.26 单位/毫升，E 玫瑰花环形成率 26%，经治 5 个月后能进软食。7 月复查，$C_3$0.47 单位/毫升，E 玫瑰花环形成率 34%，免疫功能逐渐提高，临床症状亦逐渐好转，至今仍在门诊治疗中。

四、体会

根据祖国医学理论，我们拟定了针和灸并用，扶正与祛邪相结合的治疗法则，第一阶段化脓灸，以温阳扶正为主，故取督脉及足太阳膀胱经穴，并用艾灸使之化脓，以激发机体内免疫功能。

督脉为阳脉之纲，其络脉挟脊而上，左右别而络膀胱，故古人有"太阳与督脉之相通也"、"五脏之俞，皆本于太阳而应于督脉脉"、"五腑居于腹中，其气皆出背之足太阳经"等等说法，灸治督脉相应节段的背俞穴，能起扶阳益气的作用。取大椎、身柱是温行食道上段的阳气；取神道、灵台可助中段的阳气；取八椎旁挟脊穴以温行食道下段阳气；加脾俞、胃俞培补后天之本。

第二阶段以针刺为主，取四肢穴，结合病变部位体表附近的穴位施用隔饼灸，调气和温运并重。取公孙配内关、照海配列缺，根据八脉八穴理论，公孙通冲脉，内关通阴维脉，主治胃、心、胸之病；照海通阴跻脉，列缺通任脉，主治膈与喉咙部

疾病。按这四条奇经的循行路线都与食道相近，即所谓“经脉所过，主治所在”。加用丰隆、足三里以降腑气而豁痰，配手三里加强疏通阳明腑气的功效，温灸任脉天突至下脘穴，统属温行散结之法。

第三阶段，选用病变相应部位的华佗夹脊穴，也与第一阶段处方意义类同，针刺之起活血化瘀作用。

五、小结

1. 针刺及艾灸辅助适量中草药对晚期的食道、胃癌患者有缓解症状的作用，能促进提高机体的抗癌能力，延长晚期肿瘤患者的生存期。

2. 实验结果证明，食道癌、胃癌患者的特异性和非特异性免疫均受到损害，表现为 E 玫瑰花环形成率和血清补体 C_3 含量低下；并且这种免疫功能的异常与病情变化有密切关系。恶化期患者的 E 玫瑰花环形成率和血清补体 C_3 含量较稳定期及正常组明显降低，而稳定期患者血清补体 C_3 含量恢复到正常，E 玫瑰花环形成率也逐步上升。所以从实验结果表明，针灸结合部分中草药治疗，临床是有效的，随着症状好转，免疫指标也上升。肿瘤患者的临床主诉，实验室免疫指标及临床疗效三者是一致的。

按：本文是 80 年代初朱汝功老师以针灸结合中药治疗晚期食道癌、胃癌 20 例的临床及免疫指标观察报告，初步说明针灸结合中药对食道癌、胃癌患者有效，能提高机体抗癌能力，延长患者的生存期，对临床有启示作用，故予收辑。参加本工作的还有居贤水、王玲芳、陆焱垚、丁菊英、章育正、姚颂一、沈南屏等。

针灸临床上的几个问题及体会

这篇稿子是上海市中医学会针灸学会1957年度的学术讲座讲稿，当时中医学会要我和全市针灸界同道谈谈我在针灸临床上的经验和体会，说一句老套话，由于本人水平的限制，开业30余年来，每天在紧张的工作中，虽然不时有所感触，但是这些感触大多还停留在感性认识的阶段，是点滴和片面的。本文中，我想仅就毫针、温针、五行生克在针灸临床上应用的一些问题，和同道们商榷一下，抛砖引玉，目的在求他山之助，希望借此唤起争鸣，去我荒芜不当之处，则幸甚矣！

一、谈谈毫针

对针具的问题，古时有九针的分别（九针：一镵针、二员针、三锓针、四锋针、五铍针、六员利针、七毫针、八长针、九大针）。目前我国针灸界所应用的，大约有粗细二种派别的不同，所谓粗针者，是指一种直径在1/4公分左右，长约20公分的金属针具；细针者，乃取法于古时的毫针，改良而成，现今市上出售的类号很多，粗细长短均有，是临床上一般应用比较最广泛的一种，本人习用的，就是细针，兹依我个人主观的体会，和大家研究一下：

1.《灵枢・九针论》："七曰毫针，取法于毫毛，长一寸六

分，主寒热痛痹在络者也。”《灵枢·刺节真邪》篇：“刺寒者，用毫针也。”《甲乙经·九针九变十二节刺五邪》篇：“毫针者，取法于毫毛，長一寸六分，令尖如蚊虻喙，静以徐往，微以久留，正气因之，真邪俱往，出针而养，主以治痛痹在络者也，故曰病痹气补而去之者，取之毫针。”古人对毫针的应用范围，根据以上一些文献看来，似乎均一致的认为适应于寒邪痛痹之浅在络脉者，但以我个人的理解，以及在日常临床实践中的体会，认为毫针适应的治病范围，远不像古人所指出的那样狭窄，毫针细如毫毛(约相当于目前30～40号针)尖如蚊虻之喙，圆利相当；长一寸六分，修短适度，故在运用时，能搓转自如，提插应手，不论施用何种手法，较之其他针具，均以徐缓和平，不伤正气为其特长，所以我觉得古法九针，虽各有所宜，但用途之广，首推毫针。

中医治病，是从整体观念出发的，除了主张积极消除致病因素(泻实)外，还强调必须扶正，不能伤正，《素问·五常政大论篇》说：“病有新久，方有大小，有毒无毒，固宜常制矣，大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九，谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。”虽然这是对药物而言，但是治病的总则，“无使过之，伤其正也”的告诫同样适用于针灸方面，因此古人论针灸，对针刺的深浅，补泻的法度，言之綦详，并郑重地垂示后人千万不能刺泻过度，以伤正气。盖邪之所趋，正气必虚；凡人体的所以能感受外邪侵袭，必然在正气虚损，抗病力低落之时；或者全由正气不足，气血失调，正常的生理机能发生紊乱所致，古今中外，对这种因虚致病的发病学说，基本上是一致的，所以治疗上攻邪而应避免伤正，当然是极重要的了。遍检历朝医家的著作，对攻伐伤正之祸，均是力竭声嘶地警诫后人，必须十分审慎，尤其在针灸，其本身就是一种创伤疗法，医生每针一

穴，必然要使病人该部的组织受伤，这种机械的创伤，虽然日本三浦谨之助博士认为可以产生一种变质作用，从而发挥治疗效能(详见《中国针灸学》)。但是，不论如何，针灸究竟是一种破坏作用。我们在临床上，往往可以遇到，病人在接受数次针灸后，精神方面感觉疲劳，有的甚至出现食欲减退，病情退步等不良反应，这种现象在中医理论上说，就是因攻泻过度，损伤了正气之故，毫针既以纤细见长，在施术过程中，给病人所造成的创伤必然比较其他针具轻微，故其泻邪而不伤正的作用，就在于此。清《医宗金鉴》对毫针的评价有"养正除邪在徐缓，静入徐出邪正安"，又有"凡正气不足之人，用此针之"之议，可见古人对毫针的看法，也认为补泻兼宜，养正而能蠲邪，其适应范围之广，当可想见了。

2. 由于毫针的纤细灵活，捻转时肌腠损伤较少，所以比较其他针具安全，可以适用于针治全身各穴，无论腹背头面，手足四肢，都可应用；盖所谓三百六十五气穴者，皆神气游行，营卫出入之所。其下或为筋骨血肉，或为五脏六腑，均是人体重要的部分，证诸现代解剖学，在穴位的下面，常有神经干、血管、肌腱内脏等分布，故其重要可知；医生施术得当，一针中穴，往往沉疴立起，可以收到惊人的效果；但是庸医杀人，其因针具不合，技术未谙，而发生事故的也不在少数；轻者大伤其元气，重者立毙于针下；近年来国内很多针灸伤亡事故的报告，其中由于针具选择不当的也为数不鲜。惟有毫针，纤细徐缓，即或不慎刺到血管内脏，也不致造成严重创伤而危及生命，只要注意消毒严格，提插适度，一般不致发生危险，就是若干古书记载禁针的穴位，本人在临床上用毫针刺之，也并无不良反应，对这个问题，承淡安先生在《中国针灸学》上也有同样的看法，先生曾说："今日针家所用之针，仅为 0.2～0.4 毫米之细针，比从前之针要小 6 倍至 10 倍，故古人认为禁针穴，每

有行之反得良好之效果者，亦有不发生恶影响者，日本若干针家，谓今日之针细，不论如何之部位，皆可刺云……”可见毫针的宜针三百六十五穴，其论非讹；《标幽赋》也曾说：“观乎九针之法，毫针最微，七星上应，（毫针为九针中之第七种，上应天象之七星）众穴主持。”由此更可见毫针之能针全身各穴，亦有古籍可据，虽然如此，对一般不懂解剖，技术未娴，没有丰富经验的针灸医生来说，仍应恪守古训，不可轻视穴禁，以免造成事故。总之，毫针比之粗针，在安全程度上，何论如何，是要稳妥可靠得多，这一点殆已无可非议的了。

3. 因为毫针细如毫毛，所以在一个使用习惯的医生来说，真有得心应手，进退自如的便利感，因其针体的柔细，在捻运搓转时阻力极小，没有什么重滞。同时进穴容易，毫不费力，对病人可因此减轻不少痛苦，从而消除对针灸的畏惧心情。这个优点，在妇人和衰弱的患者，往往可以借此而免除严重的晕针危险，病人来找医生求治，是因疾病的痛苦而来的，所以医生有责任在尽可能范围内使病家少受些针治时的痛苦，此对针具的选择，舍毫针是“莫之他求”的了。

毫针虽具以上许多优点，但是① 由于针体细软，容易弯曲，必须勤练指力腕力，俟纯熟后才能进退自如；② 针芒不宜过锐，应稍带圆形，因为过锐也容易使病人发生痛感；③ 正因为针细，若稍有伤痕，就该摒弃不用，平时应细加检查，以免进针后发生折针事故；④ 对若干必须泻血的疾病，由于毫针太细，创口太小，所以就不适用，最好采用锋针（按：锋针其刃三隅，即今之三棱针）。

此外如刺深邪远痹，肌肉丰厚的部位，毫针太短太细也不适用，当取长针；长针就是目前的环跳针，《内经》记载的式样可能和现在的有些出入，《灵枢·九针十二原》篇：“长针者，锋利身薄，可以取远痹。”《九针论》篇：“八曰长针……长七寸，主

取深邪远痹者也。”根据《灵枢》“身薄”二字来理解长针，则针形应该是扁的，但是这样的针具捻运上很有困难，如何能取深邪远痹呢？本人查考了《甲乙》、《太素》等书，均是一气相承，都称“身薄”，又似乎不能疑为衍文，唯张岳景的《类经图翼》，吴谦的《医宗金鉴》，大约也感到“身薄”二字的不妥，而将其改成“长其身”了，这样才符合应用的原则，和现代长针的形状统一。能适宜于捻转。古人之文，殆非讹欤。

长针一般应用在病邪深藏，痹气远居的疾病，和肌肉丰厚的部位，目前市上所售者，粗细均有，细的（30 号左右）实际上就是毫针加长了它的针体而已，其作用也当然和毫针一样，但是病邪深处，十分纤细的毫针，攻泻力弱，不易引导邪气外泄，所以如髀枢痛等就应采用比较粗的长针了（约 28～26 号），但是由于针体较粗，肌腠损伤较多，因此必须掌握疾病的虚实，病人的体质，凡正气已虚，老弱妇孺，尤其在胸腹重要脏器的所在地，仍当审慎，不可过度提插，或者仍用较长的毫针为妥。

二、温针

1. 温针的原始

对温针的出处问题，历来没有准确的查考，明杨继洲著《针灸大成》中有一段节录王节齐的话说：“近有为温针者，乃楚人之法，其法针穴上以香白芷作圆饼套针上，以艾灸之，多以取效……”王节齐亦明人，其称“近有为温针者”，似乎温针之法流行已晚在元明之季，其实温针早在汉时已很盛行，张仲景著《伤寒论》中，就曾不止一次地提到温针，例如：“太阳病三日，已发汗，若吐、若下、若温针仍不解者，此为坏病……”“太阳伤寒者，加温针必惊也。”

仲景乃后汉楚人，其籍贯适与节齐所称“楚人之法”相合，

故今之温针似可信为古之遗法，《灵枢·官针》篇在九刺中，有一种叫焠刺的，其文曰："焠刺者，刺燔针则取痹也。"《灵枢·经筋》篇对治诸经筋痹症均用燔针，在对疾病的适应上，和目前临床上治疗痹症时，大都采用温针的方法相同，明代吴崑《素问注》中说："燔针者，内针之后，以火燔之暖耳，不必赤也；焠针者，用火先赤其针，而后刺，不但暖也，此治寒痹之在骨也。"从吴崑所举燔针的操作方法上看来，古之燔针可能就是目前的温针，所略有异者，不过燔针是以火取暖，温针是用艾加温，惟在使用的燃料上似乎有些差别而已，其实基本上是一样的，至于焠针，杨继洲《针灸大成》中也有记载说："火针即焠针，频以麻油蘸其针，灯上烧令通红，用方有功……"据此，则燔针即温针，焠即火针，似可统一了。

2. 温针的应用

温针之法，古人有以《内经》"针而不灸，灸而不针"之言为据，议为"山野贫贱之人"之俗法者（详《针灸大成》节录王节齐之全文），根据本人临床上的体会，温针和灸法是截然不同的，温针的作用是取其温暖，使病人不觉其烫，而借以帮助针力之不足，在留针时间给以适当的温通作用，不像灸法的须借艾火之力，欲其振阳温经而起陷下，发挥祛散阴寒的效能；所以在临床上温针只要取其温暖就够了，并不需烧之灼热，这一点和灸法是根本不同的。因此我认为不能拿《内经》针灸不并用之戒言来束缚温针，借以贬低其在治疗上的价值，节齐之言，未免过于偏执了。

温针的适应，宜于六淫之邪（风、寒、暑、湿、燥、火）所侵袭而致的疾病，如冷麻不仁，走注痠痛，关节不利，经络壅滞，肿胀腹满，以及瘫、痪、痿、痹四大奇疾，久病经络空虚，荣卫之气不调等病，效果尤著，特别对一切慢性疾病之属阴寒者，更为相宜。除高热、肝阳、心悸、惊恐、抽筋、震颤、癫痫、喘息，以及

不能留针的病人外，都可适用。

但是使用温针，必须注意的就是艾炷不宜过大过多，依我个人的经验，一般只需灸一壮（如枣核大）就够了，不必多灸。目前一般病家往往要求烧得热，灸得多，也有的医家主张将艾球包于针柄上，与皮肤面靠近（约离二三分），必灸至内部感热为止，独不思在一个经络壅滞，荣卫失调，其本身知觉已失常态的痹病患者身上，待灸至内部发热，往往外面的皮肤已经灼伤，轻者针处红赤，重则溃烂，非唯达不到治病目的，反而增加病人后患，所谓得不偿失，殊有失温针温通经脉之意，这一点是特别须要提出的。

此外温针的灸壮多少，和艾炷大小，对针具的质料，针体的长短粗细也都有关系，例如粗针、短针、银针等传热较快，艾炷宜小；长针、细针、钢针等传热较慢，艾炷不妨稍大，总而言之，这问题的决定，须根据物理学概念，视金属针质的热传导系数大小，和针体的长短粗细而灵活掌握，不可胶柱鼓瑟，执一而论，以致影响温针的疗效。

最后是否施用温针就不要用补泻手法了呢？补泻手法是针灸治病的基础，针尾加温，调其荣卫之气，不过是在补虚泻实后起了辅助作用，目的在帮助针力的不足，所以手法的运用，仍是不可偏废，否则舍本逐末，其疗效是不可能达到预期理想的。

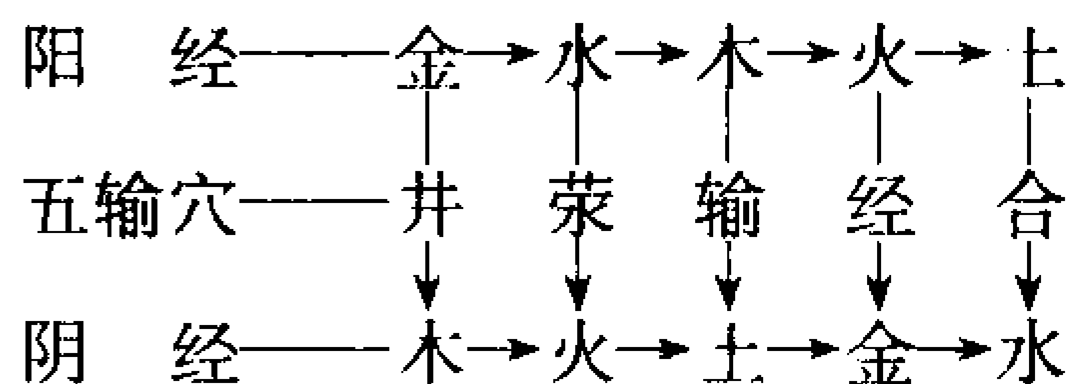
三、五行生克在临床上应用的价值

谁都知道，祖国医学的基本内容，是以阴阳五行哲学理论为基础，来奠定整体观念的治疗法则的。阴阳五行学说，是古代的一种朴素的辨证唯物主义。古人通过观察、比拟、推求、实践等过程，将其应用于人体，发展成为一个医学理论体系，

用它来解释机体的生理和病理现象，说明体内五脏六腑、营卫气血间相互的、统一的、对立的、平衡关系。直到今天，在很多实际病例中，还可以体会到这种见解有其一定的科学价值，这是难能可贵的了。可是近来很多的人，有认为阴阳五行学说玄虚奥妙，而主张予以废弃的。我的见解则以为阴阳五行既然是祖国医学理论体系的基础，而在临床上又有其一定指导实践的价值，若一旦摒弃不用，势必会将祖国医学完整的体系割裂得支离破碎，结果造成不可弥补的损失。所以我想和大家重点讨论一下五行生克在针灸临床上应用的一些问题，由于篇幅的限制，对五行和脏腑经络等配合的详细关系和理由，不能逐一介绍，只能概括地提一下，下面就从五输穴和五行的关系开始谈起。

所称五输穴者，对一个针灸医生来说，还不是十分陌生的名词，就是指十二经脉中井、荥、输、经、合五穴而言，古人观察气血在人体经脉内流行的情况，将经脉内气血多少的不同，比之为地理上的十二条河流，就是经水；又将脉气自肢体远端出发，渐流渐深的趋势，比之为自然界万川归海的状况，《灵枢·十二经水》篇说："经脉十二者，外合于十二经水，而内属于五脏六腑，夫十二经水者，其大小深浅广狭远近各不同，五脏六腑之高下小大，受谷之多少亦不等。"《海论》篇也说："人亦有四海十二经水，经水者，皆注于海。"这就是用宇宙间统一的自然现象来分析和理解人类生理的唯物观，古人通过这些观察，把气血在经脉中由小而大的流行现象，配合肘膝以下的若干重要穴位，而命名为井、荥、输、经、合等五穴；《灵枢·九针十二原》对此五穴的命名解释道："所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合。"这五个穴位因为是气血流经的重要地方，所以在临床上应用得非常广泛，下面仅将其与五行配合应用的问题提出来研究一下：

《难经·六十四难》曰："阴井木，阳井金，阴荥火，阳荥水，阴输土，阳输木，阴经金，阳经火，阴合水，阳合土；十二经起于井穴，阴井木，故阴井木生阴荥水，阴荥火生阴输土，阴输土生阴经金，阴经金生阴合火；阳井为金，故阳井金生阳荥水，阳荥水生阳输木，阳输木生阳经火，阳经火生阳合土。"



注：直的箭头表示五输穴所属的五行和相克的关系，横的箭头表示相生的关系。

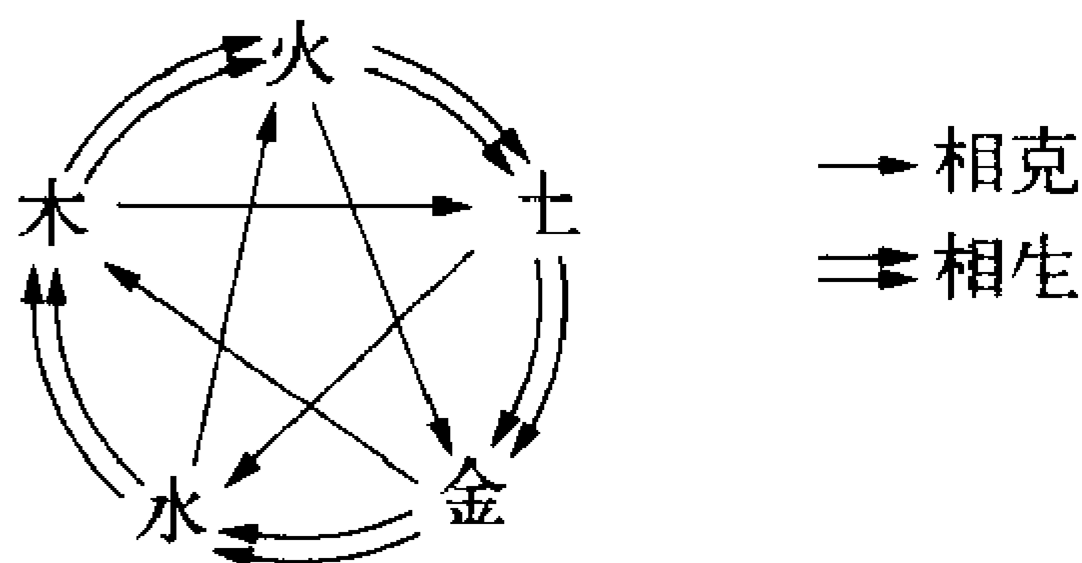
上面的简图，概括地说明了《六十四难》的意义，但是为什么阴井是木，而阳井却是金呢？从阴阳交泰的立场来看，就是阴根于阳，阳根于阴，阴阳互根的道理。《六十四难》还说："阴阳皆不同，其意何也？然，是刚柔之事也；阴井乙木，阳井庚金，阳金庚，庚者乙之刚也；阴井乙，乙者庚之柔也；乙为木，故言阴井木也，庚为金，故言阳井金也；余皆做此。"根据上文的解释，也是说由于阴阳刚柔之理，阳为刚，阴为柔，庚属阳，乙属阴，阴阳相交，乙庚相配而生金，所以阳井属金；六腑为阳，所出之井为庚金，庚金者大肠也，腑以大肠为先，这就是阳经第一穴是井金之理，乙者木也，为庚金之柔也，五脏属阴，所出之井为乙木，乙木属肝，脏以肝木为首，这也就是阴经第一穴是井木之理。其他阳荥水，阴荥火，阳输木，阴输土，阳经火，阴井金，阳合土，阴合水，均是阳经的穴位克制阴经的穴位，克者为刚，被克者为柔，都是取阴阳互根之理。

其次在讨论运用五行穴（即五输穴）之前，还须对十二经络阴阳五行的相配，及五行生克的规律有一个概念，兹表解如下：

腑脏经络表里阴阳五行相配

腑—(表) 阳经—	胆	小肠	胃	大肠	膀胱→	三焦(父)
	↑	↑	↑	↑	↑	↑
五 行—	木	火	土	金	水	火
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
脏—(里)—阴经—	肝	心	脾	肺	肾→	心包(母)

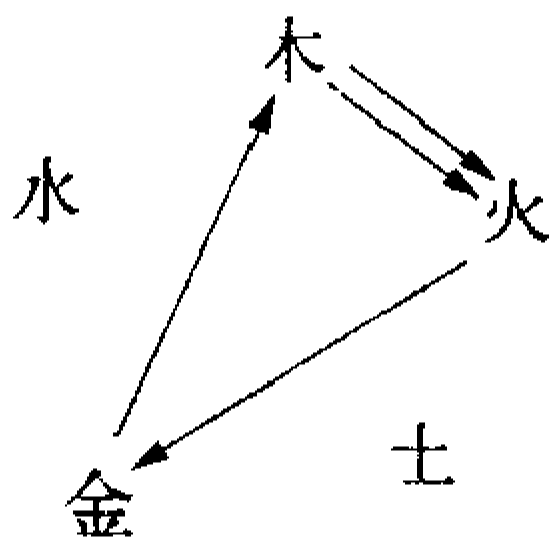
上图所示，脏腑表里阴阳五行各有所属，惟阳经纳入三焦，为阳气之父，寄于阳经；阴经纳入包络，为阴血之母，寄于阴经，同属相火。



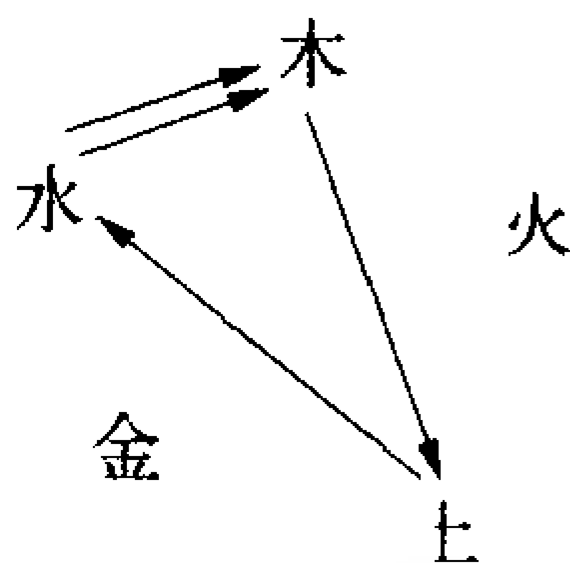
五行相生相克图

上图外面双线顺时针箭头表示相生，内部五角星单线箭头表示相克。

理解了以上一些问题后，可以讨论五行在针灸临床上实际应用的问题了；《难经·六十九难》曰："虚者补其母，实者泻其子。"这就是众所周知的子母补泻法，兹将其简单的图解如下：



(甲) 实泻其子



(乙) 虚补其母

上面两图皆以肝木为例，甲图表示在肝木病实时的病理和治理情况；乙图表示在肝木病虚时的病理和治理情况，现分别说明之：

"甲图"

1. 病理：在木实的情况下，火子得木母之余气，亦必因之而实，火者胜于金也，金受火克而虚，则木不受其制，因此木无所畏而更实，结果造成病理上的恶性循环，辗转不已，不能平衡。这种病理情形在临床上也可以遇到，例如在肝郁的病人，往往主诉有烦心，（心火旺）叹息，干咳（火凌金）等症状，就是此故。

2. 治理：根据古人的经验，在这样的病理机转下，主张用泻子的方法来打破以上的恶性循环，泻子就是泻火，火受治而灭其光，则不凌金，金无畏于火，则坚能克木，木受金制，则不欲实矣，因此就产生了治疗效果。

"乙图"

1. 病理：在木虚的病例中，由于木不制土而致土气有余，土实胜水，故肾水必亏，水者木之母，母虚无饲于子，因此肝木益虚，结果形成恶性病理循环。在临床上我们常可见到一个肝血不足的病人，主诉惊悸善恐（《内经》："肝不足则恐"），脘闷不舒，嘈杂身重（土实），耳鸣腰痛（水亏）等症状，就是由于上述病理机转而造成。

2. 治理：虚者补其母，就是补木母肾水，水本亏，今补之使实，则子食母气而肥，故肝虚得治；木不虚则土受制，而无犯于水，因此水亦不亏，生木不已，所以虚补其母，五行得以平衡。

应用：子母补泻的应用，就是配合五输穴而处方取穴的，例如在肝经病实时，实泻其子，可以取泻本经的火穴（行间），也可取子经（心经）的火穴（子穴劳宫）泻之；若肝经虚时，当补其母肾水，可取肾经的水穴（阴谷）及本经的水穴（曲泉）补之；在必要时，也可适当配用表经的五输穴，以加强疗效，方法也同上。下面举出一个具体病案为例：

某女性，年35岁，家庭妇女，已婚。

主诉：食欲不佳，心下作痛已1月余。

经过：病者素患贫血，平时心悸易怒；1月半前因与邻居吵架，动怒啼哭，当晚未进饮食，次日感觉胸闷，饮食不甘，心下时时隐痛，噫气，大便不畅，时而下利，日久不愈。

检查：舌根厚腻，舌质红绛，脉象弦数，身体消瘦，面色青白，言语时情绪激动。

处方：行间一、大都＋、中脘＋、天枢一。

疗效：诊治4次而愈。

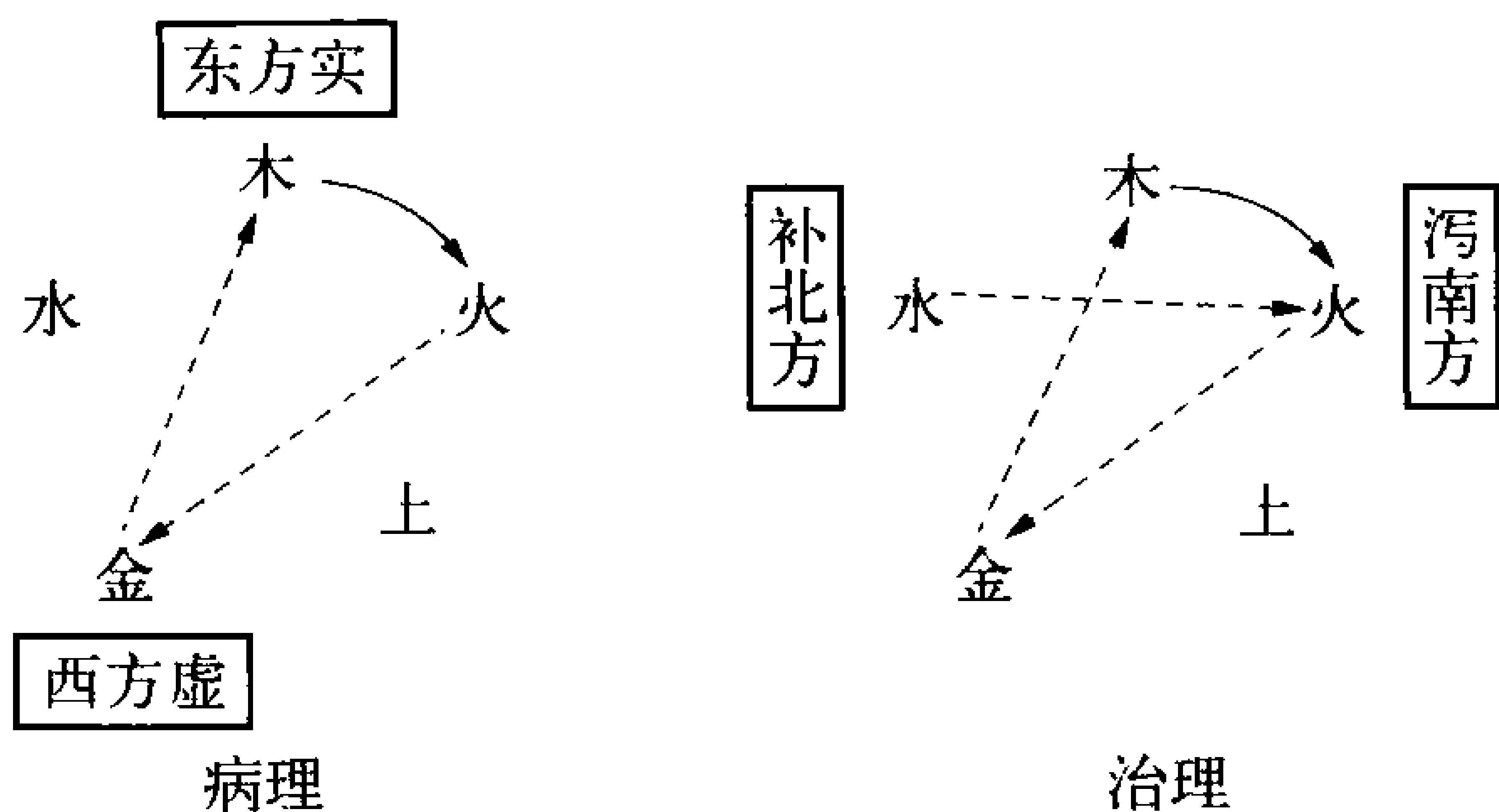
讨论：血者，肝之养，肝血不足，则木少滋荣，肝者，体阴而用阳，其性主动主升，在志为怒，肝阴不足，肝阳则亢，亢则其气升逆，故病者善怒；心者，血之主，血虚则心无以承，无以承则乱动而为悸；今以暴怒拂郁，肝气横逆，志不得伸，遂致木实侮土，土德不运，故脘闷纳呆，心下隐痛。胃者，脾之腑，水谷之海，脾气不化，食积于胃，传邪于大肠，故令大便时秘时溏，脉象弦数者知肝气盛也，舌根厚腻者，以有食积也。所以治用疏肝健脾，逐垢通肠之法，取肝经荥火穴（行间）泻之，以去肝实（实泻其子），脾经荥火穴（大都）补之，以治脾虚（虚补其母）佐以中脘（胃募），健运中州之气，开郁解闷，泻天枢（大肠募）以通腑气，而逐肠胃之积垢，故能使阴阳平秘，而收厥效。

除了“子母补泻”以外，还有一种“泻南补北”法，此法《难经》首为解释，惜乎语焉不详，后代注家见仁见智，各异其说，今将本人学习中的体会，绘图介绍于后：

《难经·七十五难》曰：“经言东方实，西方虚，泻南方，补北方，何谓也？然，金木水火土，当更相平；东方木也，西方金也，木欲实，金当平之，火欲实，水当平之，土欲实，木当平之，金欲实，火当平之，水欲实，土当平之；东方肝也，则知肝实，西方肺也，则知肺虚；泻南方火，补北方水；南方火，火者木之子

也，北方水，水者木之母也；水胜火；子能令母实，母能令子虚；故泻火补水，欲令金‘不’（衍文）得平木也。”

以上这段经文，首先我们必须将它分析研究一下，首段“经言东方实”至“补北方”，为引《内经》原文，下面则为秦越人的解释；“东方木也”至“土当平之”一段说明五行相克相制的关系，可参阅表3，“东方肝也”至“补北方水”一段也不难理解，“南方火”至“母能令子虚”这段各家意见纷纭，尤其对“子能令母实，母能令子虚”二句最不统一，本人阅了数家注解，惟以李东垣所论，最为适当，其言曰：“子能令母实一句言病因也，母能令子虚一句言治法也，其意盖曰，火为木之子，子助其母，使之过分而为病；今将何以处之，惟有补水泻火之治而已，补水者，何谓也，盖水为木之母，若补水之虚，使力可胜火，火势退而木势亦退，此则虚子之义。”根据东垣的话，则可解释为：



病理：火为木之子，木实则子食母气令火亦实，火势炎盛则必烁金，金受火侮，虚不胜木，故木实金虚，转辗而成病理循环，火子助木母使实，所以说：“子能令母实。”

治理：补水以制火，复泻之以灭其光，火衰而不烁金，则金虚得治，金坚而能制木，木因而平，水为木母，补水制火而木势得退，故曰：“母能令子虚。”

本人的理解，在木实金虚的病理机转下，木实生火是肯定

的，火实克金也是必然的，所以治疗上泻火救金，以制肝木，这是实泻其子之法，但是金虚何以不补土母呢？金虚水亏，母不食子，这是大家都能理解的，木实土虚，制已所胜，也是常见的，在这样的情况下，直接补土，使之生金，我以为也未始不可，虽然补土有制水之忌（因水亏），但是土本来受木侮已虚，就是补之也不过使之平复而已，何至偏胜而起克水的作用？现在秦越人不去补土，而事益水，一定有其苦衷，《金匮》第一篇曰："见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾旺，不受邪，即勿补之。"越人之意其在此乎，土既不病，补之令实，则犯克水之忌，是故取补于水，此为权宜之变法。据上推论，兹演绎为下列五格：

病　　机	疗　　法	可见并现条件
木实金虚	补水泻火	土平无恙
火实水虚	补木泻土	金平无恙
土实木虚	补火泻金	水平无恙
金实火虚	补土泻水	木平无恙
水实土虚	补金泻木	火平无恙

这虽属推论，但是在临床上我确实也遇到过这样的病例，现在记录在下：

某男，年28岁，已婚，公司职员。

主诉：腹痛，每夜幻梦遗精，已1周。

经过：患者素有梦遗病史，平时容易腰酸背痛，常出鼻衄，咽干口渴，但无咳嗽吐痰等症状，一周前因作客饮食过饱，次日即觉腹中不适，微微作痛，大便不畅，夜梦增多，每晚遗精，甚者两次，四肢无力，腰酸背痛，精神不佳。

检查：舌苔糙腻边绛，脉象细数，精神委顿。

处方：曲泉＋、厉兑－、商丘－、天枢－、肾俞＋、关元＋。

效果：三诊而腹痛止，食欲增，续治 1 月，遗精亦愈，自觉精神愉快，体力增加。

讨论：阴虚之人，火势必炎，此例水亏火旺之体质，故平时多梦遗精，腰酸背痛，鼻衄干渴；今复伤食，气滞脾胃，腑气不通，故腹痛而便不畅，脾胃不和，则卧不安神，土实侮水，遂令遗泄频频，但其人素无咳吐，金平无恙，未受火邪，若因水亏而补金母，则金实而必克木，水衰之人，肝木多亏，何能犯此虚虚之忌，故补金之法不能用，乃取前表第二格，为之泻土补木，以救真水；曲泉是肝经的合水穴，补此穴即补肝木，乃虚补其母之法，厉兑是胃经井金穴，金为土子，故用此以泻胃实，商丘为脾经的经金穴，取此通脾土之气，泻天枢逐垢通畅，以去腑中之滞，补关元、肾俞，益精固泄，图治其本，故能奏效如此。

小结

本文所介绍的三个问题，乃是我个人临床上主观的体会，其中第三点，阴阳五行及五输穴在临床上的应用，古人虽有此见解，但近人都以其玄奥而忽之，尤以《难经·七十五难》泻南补北法，目前在临床应用得更少，依本人的领会，若能充分运用四诊八纲，确切诊断，查明脏腑经络间相互偏胜的关系，在治疗上结合五行生克之理，选取经穴，是有其一定的疗效的，上面所举二例病案，可资佐证，不过这仅只是个别典型的例子，以后容在临床上继续积累，再行报告，此间提出来，希望海内同道，共同研究，以便发挥和继承这一宝贵的祖国医学遗产。

针刺捻转手法初探

捻转手法是针刺基本手法之一，不论在催气、行气和补泻中都须应用到，并和其他基本及辅助手法相结合，组成了多种综合手法。但是，古今针灸文献记载的操作方法，颇不一致。为此，作者以整理文献为基础，结合个人学习中的点滴体会，作一初步探讨。

一、捻转手法的来由及内外左右的标准

有关针刺捻转手法的记载，大约以《内经》为最早。《灵枢·官能》篇说："泻必用员，切而转之，其气乃行；疾而徐出，邪气乃出；伸而迎之，遥大其穴，气出乃疾。补必用方，外引其皮，令当其门，左引其枢，右推其肤，微旋而徐推之，必端以正、安以静、坚心无解（懈），欲微以留，气下而疾出之，推其皮，盖其外门，真气乃存。"文中的"转之"、"微旋"，即指捻转动作。《素问·离合真邪论篇》中也提到："吸则内针，无令气忤；静以久留，无令邪布；吸则转针，以得气为故；候呼引针，呼尽乃去，大气皆出，故命曰泻。"这里所说的"转针"亦指捻转而言。可知捻转手法远出上古。但其时的应用，似乎偏重于泻法时的催气、行气作用（"吸则转针，以得气为故"，指催气；"切而转之，其气乃行"，指行气），而补法则应用在进针时（微旋而徐推），其目的为恐伤正，不是补虚的积极措施，所以仅是一种朴

素的记载，尚不能列为一种具体的手法。《内经》而下，经历唐、宋，皆一脉相承，鲜有逸出其右者，及至元、明时代的针灸文献，才将捻转手法分为左右内外转针方向，并广泛应用于催气、行气及补泻等方法。所以捻转手法的形成及发展，曾历漫长时期，是随针灸医学的不断发展而形成的。

有关捻转手法操作时针体左右内外转动的标准问题，在当时的针灸界可能曾引起过一番争执。为此，窦默指出："以大指次指相合，大指往上进，谓之左转，大指往下退，谓之右转（见《普济方》第十册）。"其后汪机《针灸问对》中也指出："以食指头横纹至指梢为则，捻针以大指食指相合，大指从食指横纹捻上，进至指梢为左、为外，从指梢捻下，退至横纹为右、为内。"这种左右、内外的标准，是以阴阳属性为根据的。就医者的位置来说，大指前进、食指后退，针体转成形，这方向为医者的外方或右方（外、左，属阳）；如大指向后、食指前进，针体转形，这方向是医者的内方或右方（内、右，属阴）。但施术时，医者与病者若处于相对的体位，则医者的左外方，是病者的右内方；医者的右内方，则是病者的左外方。古人文献中记载的捻转左右方向，一般皆以医者的体位为标准，但因施术于病者的身体，故对某些手法，又必须从病者体位之左右方向来理解。明确了以上相反的二种体位之转针标准后，才能对古人各种捻转手法深入地进行探讨。

二、捻转手法在各种刺法中的应用

毫针刺法，可以区别为催气、行气及补泻三类。兹将捻转手法在这三类刺法中的应用，分述于下：

1. 在催气及行气方法中的应用

陈会《神应经·泻诀直说》记载："……用右手大指及食指

持针，细细动摇，进退搓捻其针，如手颤之状，谓之催气。”陈会将捻转手法用于催气，可能是受《素问》的启示而来。其操作特点是不必分别左右，仅须反复捻转，目的在于催行经气，使针下得气，应用时还须结合提插及摇针等手法以加强其作用。目前临床上所用的催气法，即以此为根据。

有关捻转手法在行气法中的应用，见于徐凤《金针赋》：“及夫调气之法，下针至地之后，复人之分，欲气上行，将针右捻，欲气下行，将针左捻。”捻转行气的机理可以从两方面来说明：首从阴阳升降的原理来说，天地阴阳之气的运动，(天)阳主降，(地)阴主升，配合左右之阴阳，则左属阳主降，右属阴主升，故右捻使气上行，左捻使气下行。次就营气循环与经脉循行的关系来说，捻针右转成形，这在手三阳、足三阴及任脉等向心性经脉为顺，有推助经气(营气)前行向心(上)的作用；在手三阴、足三阳及督脉等远心性经脉为逆，有阻遏经气前行，使之回流向心(上)的作用。若捻针左转成形，此于手三阴、足三阳及督脉为顺，而对手三阳、足三阴及任脉为逆，前者可以推助经气前行远心(向下)，后者则能牵制经气，使之回流远心(向下)。所以捻转行气法，可以不管经脉的顺逆循行方向，施术时，右转都能使气上行，左转皆可使气下行。

此外，李梴《医学入门》中还记载：“左外右内，令气上行；右外左内，令气下行。”这是进一步结合病者左右之阴阳分别施术的方法。左侧属阳，故外(左)转顺阳使气上行，内(右)转逆阳使气下行；右侧属阴，内(右)转顺阴为上，外(左)转逆阴为下。其总的原则是相顺主上，相逆主下。

2. 在补泻法中的应用

捻转手法在补泻法中的应用，古人文献记载约有下列四种：

(1) 陈会《神应经》记载：“……泻法，如针左边，用右手大指

及食指持针，以大指向前，食指向后，以针头轻提往左转……如针右边，以左手大指及食指持针，以大指向前，食指向后……轻提针尖向右转……行补法……如针左边，捻针头转向右边，以我之右手大指食指持针，以食指向前，大指向后……如针右边，捻针头转向左边，以我之左手大指食指持针，以食指向前，大指向后。”又：“凡针背腹两边穴，分阴阳经补泻。男子背上中行（督脉），左转为补，右转为泻；腹上中行（任脉），右转为补，左转为泻；女子背中行，右转为补，左转为泻；腹中行，左转为补，右转为泻。盖男子背阳腹阴，女子背阴腹阳故也。”

此种捻转补泻法的机理，手足十二经脉是以所属肢体左右的阴阳及转针左右的阴阳之顺逆为根据的。左侧以左转顺阳为补，右转逆阳为泻；右侧须右转顺阴为补，左转逆阴为泻。由于转针之左右须与病者肢体之左右相配来分别顺逆，故理解其机理时，应从病者体位之转针方向为标准（见表1）。

表1　陈氏对手足十二经脉捻转补泻法的机理

项目 补泻	经脉	医生施术的手	操　　作	转针方向		机　　理
				医者	病者	
补	左边	右手	大指向后，食指向前	右	左	左侧转向左（顺阳）
	右边	左手	大指向后，食指向前	左	右	右侧转向右（顺阴）
泻	左边	右手	大指向前，食指向后	左	右	左侧转向右（逆阳）
	右边	左手	大指向前，食指向后	右	左	右侧转向左（逆阴）

注：原文转针之左右，是以医者之体位为标准的。上表机理栏内转针之左右，则以病者之体位为标准。

陈氏捻转补泻法中对任督二脉施术的机理是以男女背腹之阴阳与转针左右之阴阳的顺逆关系为根据的。由于任督二脉无左右之分，不必以病者之左右顺逆为标准，故理解时可即以医者的体位为准(见表2)。

表2　陈氏对任督二脉捻转补泻法的机理

经脉	属性	补泻	操作	转针方向		机理	备注
				左右	属性		
任脉	阴性	补	大指向后 食指向前	右	阴	阴与阴相顺	女子相反
		泻	大指向前 食指向后	左	阳	阴与阳相逆	
督脉	阳性	补	大指向前 食指向后	左	阳	阳与阳相顺	女子相反
		泻	大指向后 食指向前	右	阴	阳与阴相逆	

(2) 汪机《针灸问对》记载："足之三阳，从头下走至足，足之三阴，从足上走入腹，手之三阳，从手上走至头，手之三阴，从胸下走至手。捻针逆其经为迎，顺其经为随。假如足之三阳，从头下走至足，捻针以大指向后，食指向前，为逆其经而上，故曰迎；以大指向前，食指向后，为顺其经而下，故曰随。三阴亦准此法。"

汪氏的捻转补泻法以十二经脉循行的走向为根据，故以营气循环的有余不足为立说基础。凡顺经而转，随济其不足者为补；逆经而转，迎夺其有余者为泻。兹据上文之理将其操作法和机理演绎如表(见表3)。

(3) 李梴《医学入门》记载："病者左手阳经，以医者右手大指进前，呼之为随，退后，吸之为迎；病者左手阴经，以医者

表 3　汪氏捻转补泻之演绎及机理

经脉	方向		补泻	操作	转针方向		气行方向	机理
					左右	示意图		
手三阳 足三阴 任脉	向心	上行	补	大指向后 食指向前	右		上行	上与上相顺 随济其不足
			泻	大指向前 食指向后	左		下行	上与下相逆 迎夺其有余
手三阴 足三阳 监脉	远心	下行	补	大指向前 食指向后	左		下行	下与下相顺 随济其不足
			泻	大指向后 食指向前	右		上行	下与上相逆 迎夺其有余

右手大指退后，吸之为随，进前呼之为迎；病者右手阳经，以医者右手大指退后，吸之为随，进前呼之为迎；病者右手阴经，以医者右手大指进前呼之为随，退后吸之为迎；病者右足阳经，以医者右手大指进前呼之为随，退后，吸之为迎；病者右足阴经，以医者右手大指退后，吸之为随，进前呼之为迎；病者左足阳经，以医者右手大指退后，吸之为随，进前呼之为迎；病者左足阴经，以医者右手大指进前，呼之为随，退后吸之为迎。男子午前皆然，午后与女人反之。”

这种捻转补泻法，既须分别手足之阴阳，又须分别左右和经脉之阴阳，即以手足、左右侧、阴阳经脉三方面的阴阳来判别其大小或消长的关系，并结合转针左右的阴阳作为补泻的根据。凡二阳一阴、阳胜于阴者为阳长，属阳性；转针以向左“顺阳”为补，向右“逆阳”为泻。二阴一阳，阴胜于阳者为阴长，属阴性；针体转动以向右“顺阴”为补，向左“逆阴”为泻。三阳相逢为阳极，阳极生阴为阳消，也属阴性，与阴长同列；三阴相逢为阴极，阴极生阳为阴消，类属阳性，和阳长相同。兹将其机制，列表以示其意(见表 4)。

表4　李氏捻转补泻机理示意

补泻 / 左右侧 / 项目 / 肢别	补						泻					
	左侧(+)			右侧(−)			左侧(+)			右侧(−)		
	经脉	阴阳消长	针向	经脉	阴阳消长	针向	经脉	阴阳消长	针向	经脉	阴阳消长	针向
手(+)	阳经(+)	(+++) +↓	右转	阳经(+)	(−++) +↑	左转	阳经(+)	(+++) +↓	左转	阳经(+)	(−++) +↑	右转
	阴经(−)	(++−) +↑	左转	阴经(−)	(−+−) −↑	右转	阴经(−)	(++−) +↑	右转	阴经(−)	(−+−) −↑	左转
足(−)	阳经(+)	(+−+) +↑	左转	阳经(+)	(−−+) −↑	右转	阳经(+)	(+−+) +↑	右转	阳经(+)	(−−+) −↑	左转
	阴经(−)	(+−−) −↑	右转	阴经(−)	(−−−) −↓	左转	阴经(−)	(+−−) (−)	左转	阴经(−)	(−−−) −↓	右转
机理	阳长(+↑)阴消(−↓)，左转顺阳为补；阴长(−↑)阳消(+↓)，右转顺阴为补（相顺）						阳长(+↑)阴消(−↓)，右转逆阳为泻；阴长(−↑)阳消(+↓)，左转逆阴为泻（相逆）					

注：上表转针之左右方向，由于须和病者之左右侧肢体配阴阳，故均以病者的体位为标准。又：表中(+↑)示阳长，(−↑)示阴长，(+↓)示阳消，(−↓)示阴消。

（4）杨继洲《针灸大成》记载：“转者，左补右泻，以大指次指相合，大指往上，进为之左，大指往下，退为之右，此则随济之法也。”又：“左转从阳，能行诸阳，右转从阴，能行诸阴。”又：“男子生于寅，寅阳也……故左转顺阳为之补，右转逆阳为之泻；女子生于申，申阴也……故右转顺阴为之补，左转逆阴为之泻，此常法也。”又：“假令病热，则刺阳经，以右为泻，以左为补，病寒则刺阴经，以右为补，以左为泻，此盖用阳和阴，用阴和阳，通变之法也。”

杨氏捻转补泻法分一般与特殊二类。特殊法又分常法与变法二种。由于本法不必和病者之左右侧配阴阳，故皆以医者的体位为标准。原文对机理已申述甚详，兹仅将操作方法列表如下（见表5）。

表5　杨氏捻转补泻操作法

杨氏捻转补泻法			操作	说明
一般操作			大指向前、食指向后（左转）—补	不分男女、左右、手足及阴阳经脉
			大指向后、食指向前（右转）—泻	
特殊操作	常法	男子	大指向前、食指向后—补	不分左右、手足及阴阳经脉，但须分别男女
			大指向后、食指向前—泻	
		女子	大指向后、食指向前—补	
			大指向前、食指向后—泻	
	变法	热证刺阳经	大指向前、食指向后—补	不分男女、左右及手足，但须分别阴阳经脉
			大指向后、食指向前—泻	
		寒证刺阴经	大指向后、食指向前—补	
			大指向前、食指向后—泻	

概言之，古人文献中记载的捻转补泻法有二大学派：其一，以营气循环说为根据，故以经脉循行之上下走向与转针行气之上下的顺逆为准则，如汪机；其二，以阴阳之顺逆为立说基础，有陈会、李梴、杨继洲等。

3. 与其他手法的综合应用

（1）与呼吸法的综合应用：徐风《金针赋》记载：“男子者，

大指前进左转，呼之为补，退后右转，吸之为泻。”又：“女子者，大指退后右转，吸之为补，进前左转，呼之为泻。”左转属阳，呼主气出，也属阳，所以左转随呼；右转属阴，吸主气入，也属阴，故右转随吸。男子从阳，以左转呼之顺阳为补，右转吸之逆阳为泻，女子相反。李梴在捻转补泻法中结合了呼吸法同用，即受徐氏之影响而来。

（2）与提插法的综合应用：汪机《针灸问对》记载：“九搓……左转插之为热，右转提之为寒。”提插补泻法以“阳下之为补，阴上之为泻”。提针以上阴，与右转相结合，能损夺阳气之有余，故为寒属泻；插针以下阳，与左转结合能济助阳气的不足，所以为热属补。此种综合应用的例子，可在“白虎摇头法”中找到。

（3）本身补泻的综合应用：汪机《针灸问对》记载：“龙虎交战，下针之时，先行龙而左转，可施九阳数足，后行虎而右转，又施六阴数足，乃首龙尾虎以补泻也。”此法以捻转补泻法本身一补一泻而组成，并结合九六《易》理之数。一左一右，反复交战，则经气受其上下鼓动，经脉和通，故能住痛移疼。

三、有关捻转手法中几个问题的讨论

1. 男女午前午后分别补泻的问题

古人在施行捻转补泻法时，有的认为：对男子、午前其操作应与女子、午后的操作方向相反。这种学说完全是以阴阳之理为根据，所以本人认为也应限于以阴阳立说者为准，前述陈会、李梴、杨继洲都指出捻转须分男女及午前午后，即为此故。汪机的方法，以营气循环说为根据，营行脉中，无昼夜、男女的区别，自然无须细分。所以汪氏说：“考之《素》、《难》，男女藏府经络俞穴血气，昼夜周流不同，今赋言午前午后，男女补泻，颠倒错乱如此，悖经旨甚矣。”汪氏引经旨而批判时医，是因他立说的基础不

同之故。但后人据此来否定一切主张以男女、午前午后分别补泻的见解，这未免是肯定得过早了，因为阴阳学说是祖国医学的基础理论，古人创立这些以阴阳顺逆为基础的捻转补泻手法，必然也有其实践根据，如果不经过实践的验证，过早地否定古人的经验，对继承和发扬祖国医学遗产必然会带来损失。所以在目前应该二说并存，还不能轻率地加以否定。

2. 施用捻转补泻法时，医者与病者的体位问题

由于捻转补泻法，有的以左右阴阳之顺逆为依据，有的以营气循环时经脉循行的顺逆为根据，所以涉及病者与医者的体位关系问题。如以病者左右阴阳的顺逆立说，则医者于病者坐位之背部施术时，其左右必和面对病者时相反。为此，若采取陈会（十二经脉）、李梴的方法，则必须注意施术时的体位方向。在正面施术，必处于与病者相对的体位；在背部施术，须令病者取伏卧位，医者面部对向病者足方。但在采用汪机及杨继洲之法时，由于不以病者的左右为根据，故可不拘泥体位方向。

3. 行气手法与补泻法的关系

杨继洲《针灸大成》中记载："九捻者，凡下针之际，治上，大指向外捻，治下，大指向内捻……如出至人部，内捻者补之……令取真气，以至病所；如出至人部，外捻者为之泻……令挟邪气，退至针下出也。"此法须认清所针腧穴与病所位置的上下，盖据原文内捻（右转）使气上行，以补真气，外捻（左转）使气下行，令挟邪气而出的用意，可知病所必在所针腧穴的上方。如果病所在所针腧穴的下方，则欲真气行至病所，须捻针向外，欲使邪气进至针下而出，必须捻针向内。杨氏仅作了原则性的指示，此间应予补叙说明。

以上略论捻转手法在各种刺法中的不同应用及操作，并结合作者的体会作了解释，最后提出了作者的三点看法，是否可以如此理解，请同道们指正。

远道刺的临床应用与体会

古代医家认为人体四肢与躯干之间、上肢与下肢之间，在生理功能和腧穴主治上有着密切的关系，是通过经络对机体内外、上下、前后、左右的联系和调节作用实现的。在《灵枢》有关十二经脉“标本”、“根结”、“气街”的论述中，古人用“标本”、“根结”、“气街”的理论来解释人体四肢与躯干的远近、内外、前后的联系。这一理论以四肢末端为“根”、为“本”，以头面、躯干为“结”、为“标”。而属于标、结的头、胸、腹、背、腰又是经气出入通行的共同通道，称之为“气街”。气街可分四个部分：头部、胸部、腹部（包括背部）与胫部。《灵枢·动输》篇有“四街者，气之径路也”的解释，从而说明经气在内脏、躯干、四肢之间的多种联系。《素问·五常政大论篇》说：“病在上，取之下；病在下，取之上；病在中，傍取之。”即人体腧穴既可以治疗其所分布部位的疾患，又可以治疗经气所流布的远隔部位的疾患，尤其是四肢肘膝关节以下（本部或根部）的穴位。其作用可以达到头面、躯干的标部或结部（包括内脏），也可反映内脏及有关部位的各种疾病于四肢。在《肘后歌》中有“头面之疾针至阴”的记载，即是由于太阳经结于头目，根于足小趾之故，在《针灸甲乙经》中亦有“足不仁，刺风府”、“胸胁胀满，劳宫主之”的记载，均为基于这一理论。

笔者在临床实践中，依据十二经脉“标本”、“根结”、“气街”的理论，对以疼痛为主症的疾病作了摸索和观察，发现人

体四肢及躯干之间、上肢与下肢之间不仅关系密切，而且在疾病反映及治疗上都有它一定的规律，都有相互对应的关系。

一、"病在上，取之下"的应用

"病在上，取之下"即头面部及上肢的疾患可以取下肢的穴位以治之。在经络理论专著中，详细地记载了手足同名经的上下贯通，两侧同名经的左右交会。经脉之间的联系，除表里关系外，大多附合"同气相求"的原则。《身经通考》指出："手阳明大肠与足阳明胃相通，手太阳小肠与足太阳膀胱相通，手少阳三焦与足少阳胆相通。所以胃有病而大肠亦病，胆有病而三焦亦病，小肠有病而膀胱亦病，是同经同气之相感也。"故手足同名经在疾病传变和治疗作用上是互相关联的。笔者在临床上观察到，以疼痛为主的疾病，往往局部取穴不能减轻症状，而在相应的远隔部位取穴，可以使症状减轻。除头面部疼痛可循经远道取穴外，上肢疼痛也可用同名经对应取穴的方法。例如：疼痛在肩关节部位，往往在足踝关节同名经部位或穴位处有压痛点；疼痛在肘关节部位，往往在膝关节同名经部位或穴位处有压痛点；疼痛在腕关节部，往往在髋关节同名经部位或穴位处有压痛点，而针刺这些痛点或穴位，往往上部疼痛会明显减轻乃至消失。

病例 1. 王某某，女，43 岁，贫农。

右肩关节疼痛 2 星期左右。提重扭痛为因，于肩关节内侧有自发痛，压痛拒按，抬举自觉筋脉牵制。痛处属手太阴经，取同侧足太阴经三阴交穴。提插、捻转以得气为度，留针 10～15 分钟，加强手法 1 次，再留针 10～15 分钟，肩部疼痛明显减轻。筋脉尚感牵制，据筋会阳陵的理论，取同侧阳陵泉，手法如上。患者疼痛基本消失，抬举轻松。针治 3 次痊愈（有些病在取同侧

阳陵泉效不显时,可取对侧阳陵泉有效)。

病例2. 邵某某,男,55岁,工人。

左肩胛部及左背脊旁自觉疼痛,压痛拒按(在天宗、秉风穴及风门、肺俞穴处),症将经年。平时经常肩负或手提重物,当时疼痛,过1～2天即减轻。此次痛势严重,延续1月,放射至臂部,拇、食、中三指发麻。痛处属太阳经,以同名经下取法,刺穴申脉、金门,下针不到1分钟,麻木三指即感灼热,如入温水中,发麻渐渐减退,同时左肩胛及背部疼痛明显减轻,病者连称舒服,经针刺6次疼痛消失。

病例3. 邱某某,男,42岁,工人。

右肘关节肱骨外上髁部(桡侧)疼痛,已3个多月,屈伸功能受制,持续疼痛更剧,痛处拒按,病属"网球肘",介于少阳、阳明二经之间。以同名经上病下取法,用对应穴足少阳经阳陵泉、足阳明经犊鼻穴,提插、捻转以得气为度,留针20～30分钟,每间隔10分钟捻转1次,起针后,疼痛明显减轻,屈伸功能改善。

病例4. 王某某,男,45岁,干部。

后顶疼痛连及枕骨部,疼痛如劈,眩晕冒热,恶心欲吐,症经旬余。曾他院服止痛片将旬无效。脉弦,苔薄质绛。根据疼痛部位,是足太阳膀胱经所属,其冒热、恶心、脉弦、舌质绛等症状为肝胆火旺。以本经上病下取法,用束骨、京骨双侧穴位,再取行间双侧穴以平肝泄热。进针得气后,留针20分钟,头痛明显减轻,各症状相继消失,治疗2次痊愈。随访未再复发。

二、"病在下,取之上"的应用

"病在下,取之上"除本经下病上取外,亦也可根据手足同

名经上下贯通的理论，下肢疼痛的疾病，可取上肢穴治疗。例如，髋关节部位的疼痛可取手腕关节同名经部位或穴位处的压痛点；膝关节部位的疼痛可取肘关节同名经部位或穴位处的压痛点；踝关节部位疼痛可取肩关节同名经部位或穴位处的压痛点，针刺这些压痛点或邻近同名经穴位，往往下部疼痛可减轻乃至消失。

病例 1. 唐某某，女，44 岁，工人。

右腰脊酸痛将近 1 年，近因劳累，右髋关节上部疼痛颇剧，牵引右大腿外侧疼痛，不能行走，转侧俯仰受制 3 天。初诊时有二人扶持前来，患者连连呼痛，面容苍白，消瘦，痛处拒按，居髎处拒按最明显。抗“O”2 500 单位，血沉 21 毫米/小时。病属少阳胆经，以同名经上取法，取手少阳经阳池、支沟，先针健侧，再针病侧，针刺得气后，不断运针以加强针感，留针 30 分针后，疼痛消失，患者俯仰转侧方便，一人步行而去。上法又巩固 3 次，未再复发。

病例 2. 杨某某，男，43 岁，工人。

左膝关节内侧疼痛已 1 年多，2 月来累及下肢内侧，自足踝前沿厥阴经筋肉有条索状牵掣，皮色发紫，疼痛拒按，入夜更甚，不能履地。大腿内侧（阴包穴处）有 4 厘米硬块，按之剧痛，膝部伸展时疼痛更剧。左太冲穴处麻木，针刺不痛。按痛处属足厥阴肝经，肝主筋，寒则筋急，以同名经下病上取法，用曲泽、泽上（曲泽上 2 寸）、泽下（曲泽下 3 寸）、太冲双穴，针刺得气，留针半小时（中隔 10 分钟运针 1 次），下肢疼痛减轻。第 2 次取右侧同名经穴位，针后疼痛明显减轻，3 次针后疼痛消失，条索状物亦退，唯阴包穴处硬块未消，在硬块处用齐刺加温针，3 次后消散。

病例 3. 汤某某，女，40 岁，工人。

右踝前下蹩痛已半年多，痛势散至踝内，步履跛足。于中

封、然谷二穴处压痛拒按，曾用局部针刺、温针、电针效果不理想，改用上部同侧同名经。取天池，配经外穴肩内俞，得气后留针20分钟，足部疼痛消失，病人步履自如，又针2次巩固疗效而痊愈。

病例4. 李某某，女，34岁，营业员。

右手腕关节上侧（桡侧）持续疼痛、微肿、拇指屈伸无力半月余。外院诊断为腱鞘炎，注射考的松2次，来龙华医院针灸科治疗。按拇指内上侧为手太阴经，取本经尺泽，配奇穴肩内俞，得气留针15～20分钟，治疗3次疼痛显著减轻，肿胀消退而愈。

三、“病在中，傍取之”的应用

根据十二经脉“标本”、“根结”、“气街”的理论，四肢与躯干之间在生理功能及腧穴主治上有密切的联系，手三阴经的标部都在胸膺和背部，而胸部、腹部是气街所在的部位，故胸腹部躯干之病可通过取上肢穴位“傍取之”来治疗。在《灵枢·论疾诊尺》篇中有关这方面的记载：“肘所独热者，腰以上热；手所独热者，腰以下热；肘前独热者，膺前热；肘后独热者，肩背热；臂中独热者，腰腹热……掌中热者，腹中热。”说明上肢与躯干的对应关系，早在《内经》时代就有所认识。

病例1. 张某某，男，26岁，贫农。

肩负重物时，扭伤腰部，俯仰旋转不利，步履僵直已1周。经络按压检查，于第2、第3腰椎左侧疼痛难忍。以中病傍取法，取阳谷、腕骨，针之痛减，但尚感牵掣，加大椎穴后疼痛消失。（按：督脉与足太阳经脉同起于目内眦处……沿脊柱两旁下行至腰中，故加大椎穴效果更好。）

病例2. 薛某某，女，24岁，贫农。

右背部自肩胛骨里侧(第 3 胸椎至第 9 胸椎)疼痛,痛处肌肉隆起、坚硬,按之疼痛难忍,症经 2 年多,病由肩负重担引起,曾多次在背部针刺治疗,未见效果。查痛处乃足太阳膀胱经所属,以中病傍取法在肩贞穴(沿手太阳经)下 2 寸及 5 寸有压痛处针刺,得气后留针 20 分钟,隔 10 分钟运针 1 次,共针 3 次,背部疼痛消失,肌肉松轻,又针 3 次而愈。1 年后随访未发。

四、体会

1. 运用同名经远道取穴方法,首先必须辨清疼痛部位的所属经络,如果辨错经络,效果往往不显。在取穴时,手足同名经相应的部位往往可按到压痛点,根据"宁失其穴,毋失其经"的指导,可针刺相应部位的痛点或相应部位的穴位。

2. 在临床上用同名经取穴时,治疗方法要随症状的改变而改变,而不是一成不变。如果患者疼痛转移,亦应随病变转移部位取穴,又如出现酸麻症状时,则可由同名经远道取穴改为局部取穴加拔罐。有时同侧同名经取穴效果不显时,亦可根据巨刺理论用对侧同名经穴左右交错而刺,往往有效。

按:本文是朱汝功老师对学生讲课的手稿。陆、朱两位老师早在 20 世纪 50 年代末就阐发了"同名经"相接的理论(详见《经络学图说》)以此为依据,朱老师发展为本取穴方法,并在临床上用之多验。目前有人将其称为"同名经对应取穴法",已在针灸临床上广泛应用,并已有总结报道。但朱老师是较早的倡用者。

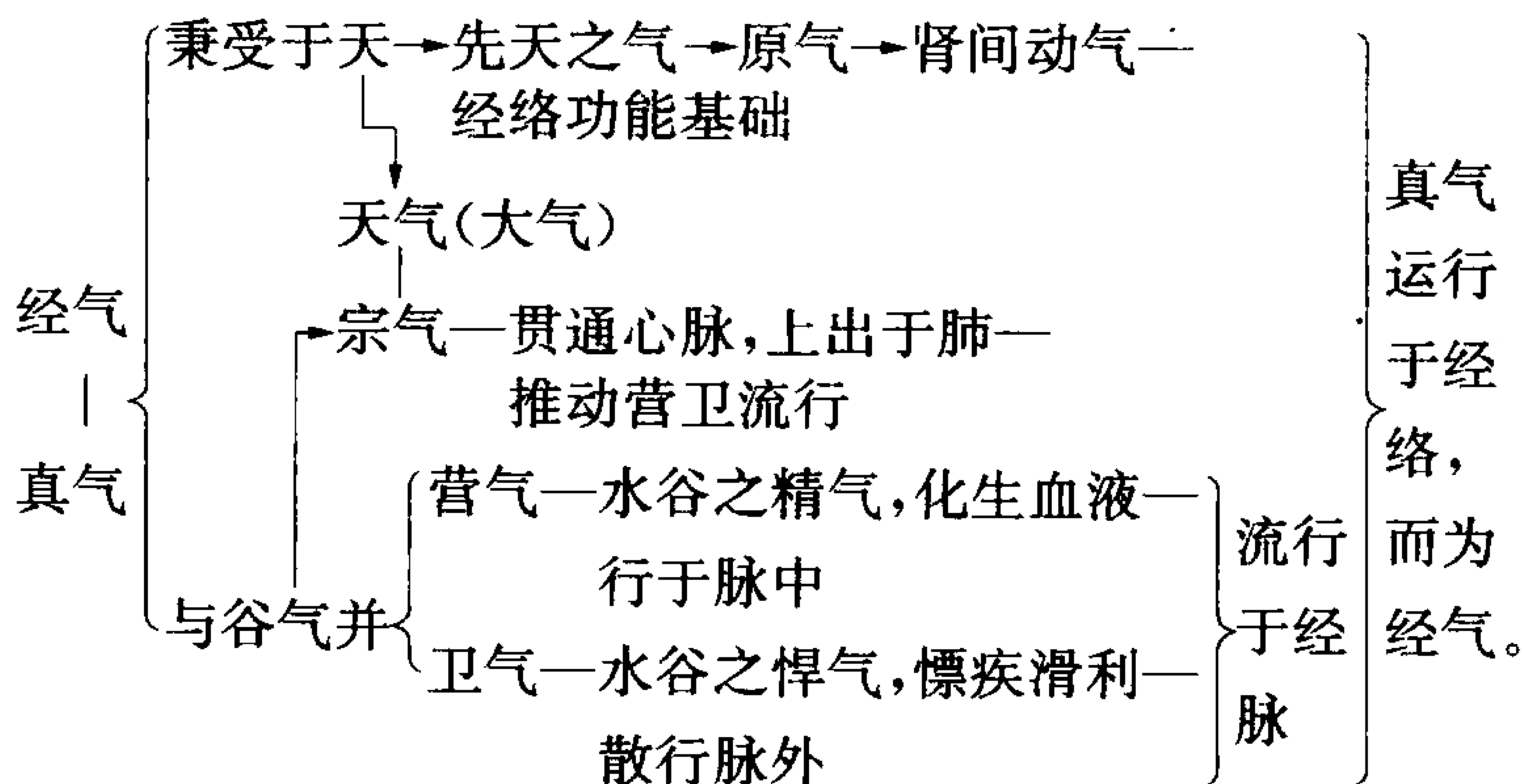
针刺"得气"与"行气"

一、针刺与经络、经气的关系

经络学说是祖国医学基础理论的重要内容之一，同针灸的关系更为密切。《灵枢·禁服》篇："凡刺之理，经脉为始。"《灵枢·刺节真邪》篇又曰："用针之类，在于调气。"这些都说明针刺与经络、经气的密切联系。针刺目的在于通过经络调整机体的气机，使之恢复健康。虽然目前对"气"的实质意义还未阐明，但我们在平时临床操作中对"经气"的感应还是有着具体的感觉。历代医家通过实际体验对针下之"气"，有不少客观的描述，如金元时代窦汉卿的《标幽赋》形容了所谓"气至"的现象："气之至也，如鱼吞钩饵之沉浮，气未至也，如闲处幽堂之深邃。""得气"与否可直接影响针刺的效果，《灵枢·九针十二原》篇说："刺之要，气至而有效。"窦汉卿也说："气速至而速效，气迟至而不治。"所以明代杨继洲在《针灸大成》中强调说："用针之法，候气为先。"得气很重要，但得气与否，常因病位、病期、体质而异。"得气"的感应，即我们常说的针下有沉、紧、重、满等针感，而病者则有酸、胀、重、麻、热等感觉，或向远方传导。腧穴是"经气出入之所"古称"气穴"。针刺中穴，古称"中气穴"，其所中之气，就是经气。"经气"亦称"真气"。

《灵枢·刺节真邪》篇："真气者，所受于天（指先天肾气和

空气中大气），与谷气并而充身也。”真气包括元气、宗气、营气、卫气。《素问·离合真邪论篇》：“真气者，经气也。”故经络中的真气，其范围也应该包括这四者在内。营气和卫气运行于全身，宗气是推动营气的力量，元气是经络功能活动的基础。实际上经气就是水谷化生的精微之气和吸入的空气以及肾脏的元阴元阳之气的综合功能的体现，他们紧密结合，具有不可分割的关系，具体如下：



真气行于经络、五脏六腑、四肢百骸，无所不到，给机体活动提供了物质基础，从而产生各种生命活动，包括情感、感觉、意识等，就是所谓“神气”。所以《灵枢·九针十二原》篇中将经络腧穴说成是“神气之所游行出入”之所。《内经》中一再告诫我们针刺要“得神”、“得气”，针刺中气穴的客观感觉也就是“得神”、“得气”的表现。

二、针刺“得气”、“行气”与感觉的关系

祖国医学理论认为“神”与“气”是相随的，即所谓“气生神”。清代医家张志聪在《灵枢集注》说：“神则气行”、“神气之

相随”，说明“神动”是“气行”的征象。经络中的“神动”现象，一般就是指针刺的感觉和感觉传导现象。所以窦汉卿在《标幽赋》中接着说：“凡刺者，使本神朝而后入，既刺也，使本神定而气随，神不朝而勿刺，神已定而可施。”所谓“神朝”、“气随”的现象就是得气与感觉的关系。

针刺的得气与酸、麻、胀、重的感觉是两种不同的现象，得气是以术者针下体会为主，而酸、麻、胀、重则是病者的主观感觉，两者关系究竟如何？是怎样产生的？本人在临床工作中体会到，医者在针下的得气和病人的感觉是一致的。如果病人没有感觉，医者针下也没有感应（很空虚），针下已得气时，病人觉得针刺部位有酸、麻、胀、重的感觉，或有长、短、快、慢不同程度的放射传导（例：秩边穴放射至下肢，足三里穴放射至足背部）。至于不得气的原因，有二种：一种为尚未刺中穴位，包括尚未达到正确角度、深度等原因。另一种为病人体质虚弱，经气不足，气行迟缓，也不容易得气。针刺要求得气，并在得气基础上施行适当的手法（针刺剂量），才能获得满意的效果。所以张志聪在《灵枢集注》又说：“行针者，贵在得神取气。”“气者，神之祖。”神旺，则气足，神衰，则气虚。本人体会在神气虚弱、不易得气的情况下，除了施用提插捻转等基本手法外，可以运用辅助手法，促使得气。如：

1. 循切法

用手指顺着经脉循行路线，轻柔地上、下循经按切。使气血往来，上下均匀，帮助经气运行，促使得气。

2. 弹括法

《针灸问对》：“如气不行，将针轻轻弹之，使气速行。”留针过程中用手指轻弹针尾，或用右手拇食指轻括针尾，促使神动、气行。

3. 震颤法

右手持针作小幅度较快速提插，状如颤动，可使感应加强。

4. 摇旋（飞）法

《医学入门》："以大指次指捻针，连搓三下，如手颤之状，谓之飞。"如直针摇旋使得气感应加强，卧倒针身摇旋，感应向一定方向传导。

一般运用辅助手法后，可以加强得气，但是也有感觉迟钝，用各种辅助手法也不得气者，此时不要强求得气，可用温针、红外线照光加热、温灸（隔饼灸）结合拔罐法，使气血将温绰泽，经气调和，慢慢也会得气。如有一些精神紧张，敏感的病人，针未刺入，即紧张感痛，对这些病人应少取穴，快进针，得气后不留针。并取卧位针刺，以防晕针。

三、"得气"与"行气"的作用

行气是指针刺感应向一定的部位扩散和传导的得气现象。《针灸大成》："有病远道者，必先使气直到病所。"这说明了远隔取穴时须使针刺感应放射到病痛处。促使行气的具体方法，除了掌握适当的针刺角度、方向和深度外，还可在经络循行方向的病痛部位的上方或下方取穴。行气的方法，在徐凤《金针赋》中载有："调气之法，下针至地之后……复人之分；按之在前，使气在后，按之在后，使气在前，运气至疼痛之所"之说。徐氏创造这种手法，也称谓"弩法"，运用于远道刺确有一定的效果。另外用针刺结合"按法"，闭其下气，使气上行，闭其上气，使气下行的手法，我在临床上曾治疗一些胃脘痛病人，用内关二穴，（心包经起于胸中、下膈、历络三焦），针刺得气后，针尖向上，按45°角刺入人部，左手按压穴位的下方，右手小幅度捻转、提插，导气上行，针感能扩散至肘部，有的渐至

肩胸部，病痛可明显减轻。又如气上冲胸，胸膺痞闷不舒，针刺气海或阴交穴，得气后，针尖向上，针感至上腹部或胸部，胸闷即舒。我和瘦燕同志等于1961～1963年曾与中山医院协作，做经络“导气”针刺方法的感觉循行与多方位经穴肌电测绘的临床观察。用脑电图机（50微伏、7毫米），以足三里为穴，沿足阳明胃经向上取梁丘、阴市、伏兔三穴及向下取下巨虚、解溪、陷谷、内庭四穴作穴位测定，以阴陵泉、地机、风市为对照测定穴位，共导气针法针刺99次。被针者感觉循行方向符合针向者共70次，占总针次的71%。发现针向循行向下时，被针者觉循行的符合数高于针法向上的93%。观察结果，在得气基础上，以经络导气与感觉循行产生和肌电空间反应，存在一定的关系。（详见《陆瘦燕针灸论著医案选》）可见这一手法自有一定的客观指标，有待进一步研究。目前大家也都在注意这一课题，研究用肌电图观察针刺局部反应。

另外，针刺“得气”与“行气”出现的时间及反应强弱程度各人有所差别，如同一穴位，同一手法刺激，相同时间内会出现不同的感应，有的几秒钟出现，有的几分钟出现，这是人体个体差异的关系。其规律也有待研究。

按：本文是朱汝功老师在20世纪60年代初与同道作学术交流时的发言稿。“行气”手法虽古代文献中早有论述，并为古代医家所习用，但降至晚今，在近百年的针灸文献中却很少见有人应用，更不用说将其别列为一类独立的手法而加以倡导。在50年代末，陆、朱两位老师首先在《刺灸法汇论》中将其与补泻法并立，另立为一类针刺手法，对其作用、机理及各种操作方法，作了论述。运用多方位肌测绘，加以客观描记，引起了普遍重视。本发言虽文简词赅，但丢砖引玉，在当时曾起过一定的作用，特予收载。

谈　　灸

"灸法"也是我国古代人民从劳动和实践中所创造的医疗方法之一,《素问・异法方宜论篇》说:"北方者,天地所闭藏之域也,其地高陵居,风寒冰冽,其民乐野处而乳食,脏寒生满病,其治宜灸焫,故灸焫者亦从北方来。"从这段记载看来,灸法的创始,在于北方,后来才渐渐传入中原。

在古医籍中,针灸和汤药的地位是并重的,起着取长补短、相辅相成的作用,《素问・移精变气论篇》说:"毒药治其内,针石治其外。"其中所谓毒药,就是指汤药而言。《灵枢・官能》篇也曾说:"针所不为,灸之所宜。"可见古代对此二种治疗方法原为各有所宜,无可偏废。但是后人不察,每有偏执之论。即以针和灸来说,目前很多针灸家,都有重针轻灸的倾向,以为灸法不如针法简捷。同时很多病家,也因为畏艾灸灼痛,且事后会遗留疤痕,所以常常不愿灸治,流风所向,这种先人首创的宝贵经验,大有渐次湮灭的趋势。因此特提出和大家讨论,希望借以引起同道们的注意。

一、施灸的原料——艾

灸法虽有多种,但必以艾为燃料,艾是一种菊科植物,我国各地皆有生长,药用以蕲州所产者为良。清吴仪洛《本草从新》中说:"艾叶苦辛,生温熟热,纯阳之性,能回垂绝之元阳,

通十二经，走三阴，理气血，逐寒湿，暖子宫，止诸血，温中开邪，调经安胎……以之灸火能透诸经而除百病。”

用艾作施灸的原料，除古人所说有振阳通经作用以外，以我个人临床体会还有两大优点：第一艾绒燃烧时热力温和，能窜透皮肤，直达深部，使人有舒快的感觉；第二艾叶性温，气味芳香，此种香窜性物质，能渗透人体皮层，深至肌肉，起温中逐冷、开郁通经的作用，在外科方面，能消散痈疽。所以几千年来，相沿为用，一直未找到更好的代用品。

制作艾绒，传统五月五日采集艾叶，曝干，入石臼内，用木杵捣碎，筛去渣滓，捣至柔烂如棉，理去杂质，焙燥便成艾绒。兹将艾绒质地优劣列表如下：

表1 不同艾绒质地的鉴别

上　品	下　品
陈者为上	新者为下
青黄色者为上	黑褐色者为下
细如绒者佳	纤维不清者劣
质纯者佳	混有杂质者劣
柔轻者佳	粗硬者劣
干燥为上	潮湿为次
易燃而中途不息者上	反之为次

二、灸的适应范围

关于灸法的适应范围，《灵枢・经脉》篇提出“陷下则灸

之"的原则，概括地指出，凡是一切阳气不足，经脉下陷的疾病，宜用灸法。其后，宋《圣济总录》作了比较详尽的叙述，其中说："……是以论伤寒者……惟少阴背恶寒，吐利，脉不足，与夫脉促手足厥之类，三者可灸焉（注仲景《伤寒论》当灸之条有六，可参考赵开美本，292、304、325、343、349、362等条全文）……若病有因寒而得，或阴证多寒，或是风寒湿痹、脚气之病，或是上实下虚，厥逆之疾，与夫劳伤痈疽，及妇人血气，婴孺疳疾之属，并可用灸。"再后，明汪机在《针灸问对》中更将使用灸法归纳为三条原则，他说："大抵不可针刺者宜灸之，一则沉寒痼冷，二则无脉知阳绝也，三则腹皮急而阳陷也。"本人在临床上对哮喘、痰饮、癫痫、阳痿、早泄、久痢、泄泻属虚寒者，以及阳虚腰痛、厥逆等病，施以灸治，往往能收到显著的疗效。

其他在外科方面，如痈疽初起，瘰疬、瘿瘤、阴疽、流注等顽固难治的疾病，施用艾灸，有时也能收到著效。

总的说来，灸法适应于一切阳虚久病、沉寒痼冷、功能衰退的疾病。也可以说凡一切阴证，皆可以灸法治之。

此外古人还用灸法预防疾病，唐孙思邈《千金方》曰："宦游吴蜀，体上常须三两处灸之，勿令疮暂瘥，则瘴疠温疟毒不能着人，故吴蜀多行灸法。语云：若要安，三里常不干，有风者尤宜留意。"今人也有用灸肺俞、风门预防感冒，所以灸法对人体还有防病保健的作用。

三、点穴

古人在施灸时，对所取穴位的准确与否，要求很高。《千金方》说："凡点灸法，皆须平直，四体无使倾侧，灸时孔穴不正，无益于事，徒破孔肉耳，若坐点则坐灸之。卧点则卧灸之，

立点则立灸之，反此亦不得其穴矣。”所以古法在施灸前必先准确地确定灸位，点之以墨，然后将艾炷置于墨点上，安放平正，点火施灸。在点穴时要求体位平直，点穴后不能随便变换姿势。若体位不正，姿势变动后，骨骼和肌肉移位，使所点穴位不准确。同时艾炷安放不平正，燃烧时火力不能集中，也会影响艾火的热力透入穴窍而影响疗效。古人的这些见解，我认为非常合理，施灸时必须注意。

四、施灸的先后

有关施灸时先后次序的问题，《千金方》中首先说：“凡灸，先阳后阴，言从头向左而渐下，次后从头向右而渐下，先上后下。”其后《西方子明堂灸经》也补充说：“先灸上，后灸下，先灸少，后灸多，宜慎之。”归纳起来就是“先上后下，先少后多。”以我个人体会，先上后下者，是为防止气血被灸火之力，逆迫上行，而出现眩晕等不良反应。在临床上往往遇到在多灸上部穴位后，病人常诉说头昏。这时若再灸下肢穴位，即能解除这种症状，所以古人对此早就提出了告诫。先少后多者，就是施灸时艾炷的火力，必须由弱而逐渐加强。例如需要灸多壮的必须从少壮开始逐渐增加；需要用大炷的，必先用小炷开始，逐渐加大，这样能使病人易于忍受，不致令人望而生畏。

五、灸炷的大小

灸炷的大小，《千金方》说：“黄帝曰：‘灸不三分，是谓徒冤’，炷务大也，小弱，炷乃小作之，以意商量。”《扁鹊心书》说：“凡灸大人，灸炷须如莲子，底阔三分，若灸四肢及小儿，艾炷

如苍耳子大，灸头面，艾炷如麦粒大。穴若倾侧，宜作炷坚实置穴上，用葱涎粘固。”《医宗金鉴》说：“凡灸诸病，必火足气到，始能求愈。然头与四肢皮肉浅薄，若并灸之，恐肌骨气血难堪，必分日灸之，或隔日灸之，其炷宜小，壮数宜少。有病必当灸巨阙、鸠尾者，必不可过三壮，艾炷如小麦，恐火气伤心也。背腰皮肉深厚，艾炷宜大，壮数宜多，使火气到，始能去痼冷之疾也。”因此灸炷大小的选择，必须根据病人体质和施灸部位而定，若病人是少壮男性，灸炷可大些；妇孺老人，灸炷当减小；肥人肉厚，炷可稍大；瘦人皮薄，炷宜酌减。以部位论，头面四肢皮薄多骨，胸膈心肺重要之处，灸炷均不宜过大；腰腹皮厚肉深，灸炷不妨稍大。此外在临床上，不同疾病和灸炷大小也有关系，若治风寒湿痹，欲其起通经络逐寒湿的作用，灸炷可以小些，但若用在振阳扶危，如痃癖瘕疝等而欲其起温散作用者，艾炷须要大些。这是我个人在临床使用灸炷大小的体会，供大家参考。

至于艾炷的大小，目前皆以植物种子的大小模样为标准，如米粒、黍米、黄豆、绿豆、豌豆、蚕豆、枣核等大。古人文献记载中所用的艾炷底广三分，差不多相当于莲子大小，在今人一般用得较少，因为炷大，燃烧时灼痛也甚，而且事后皮肤熨起大泡，一般病家均所不愿，所以现在临床应用以米粒大至豌豆大者最为普遍。

制艾炷时，务将艾绒揉紧，底圆顶尖，作成圆锥形，这样燃烧时火力由渐而强，透达力深，效果较佳。在施灸时如若穴位倾侧，艾炷容易滚下，灼伤皮肤，古人的方法是用葱涎粘固，目前有人用甘油粘贴，认为可以防止起泡。灸法在古人的见解中，以为必须任其起泡溃烂，方始有效，所以对防止起泡一点不加考虑，其用葱油粘固，不过取葱之通阳活血作用。究竟孰者为佳，有待同道们共同研究。

六、艾灸的壮数

关于艾炷的壮数，历代医家时有争论，文献所载亦各有参差，兹将查考《甲乙经》、《千金方》、《外台秘要》、《铜人针灸图经》以及《医宗金鉴》等书所得，约述如后：

1.《千金方》对各种疾病多数主张用灸法，对每个穴位说明必灸五十～百壮，但仍须酌情活用，反对执一不变。其中说："凡言壮数者，若丁壮遇病，病根深笃者，可倍于方数，其人老小羸弱者，可复减半，依扁鹊灸法有至五百壮、千壮，皆临时消息之；《明堂本经》云，针入六分，灸三壮，更无余论，曹氏灸法，有百壮者，有五十壮者，小品诸方，亦皆有此，仍须准病轻重以行之，不可胶柱守株。"对不同疾病和对象其应变之法，兹择重要举例如下：

灸小儿："凡新生儿七日以上，周年以还，不过七壮，炷如雀屎大。"

灸头部："头者，身之元首，人神之所在，气口精明，三百六十五络，皆上归于头，头者，诸阳之会也，故头病必宜审之，灸其穴不得乱灸，过多伤神，是以灸头不得满百。"

灸脊背："脊背者，是体之横梁，五脏之所系者，太阳之会合，阴阳发动，冷热成疾，灸太过熟大害也。"

灸四肢："臂脚手足者，人之枝干，其神系于五脏六腑，随血脉出，能远近采物，临深履薄，养于诸经狭浅，故灸宜少；灸过多，即内神不得入，精神闭塞，否滞不仁，即臂不举，故四肢之灸，不宜太熟也。"

对身体各部的艾灸壮数，《千金方》总结说："头面目咽灸之，最欲小生，手臂四肢灸之，欲须小熟，亦不宜多，胸背腹灸之尤宜大熟，其腰背欲须小生，大体皆须以意商量，临时迁改

应机，千变万化，难以一准耳。”按生熟是指艾灸壮数的多少，孙氏提出胸部灸宜大熟，此与各家主张少灸不同，我意胸部内属心肺，火灸亦以少为宜。

对不同疾病的应变，孙氏指出：“若治诸沉结寒冷病，莫若灸之宜熟。”“若攻脏腑或心腹痛者，亦宜百壮。”“凡诸虚疾水谷沉结流离者，当灸腹背宜多，而不过百壮。”“腹脏之内，为性，一贪于五味无厌成疾，风寒结痼，水谷不消，宜当熟之。”按孙氏主张多灸的疾患，多为沉寒结痼病证，但遇虚疾亦不过百壮，不主多灸，此遇虚变通的方法。

“风劳沉重，九部尽病，及毒气为疾者，不过五十壮，亦宜三报之。”按此重病，正气大亏，虽灸五十壮，但三报之，此重症体亏的变法。

“若卒暴病，鬼魅所著者，灸头面四肢宜多，腹背宜少，其多不过五十，其少不减三、五、七、九壮。”“凡阳明濡风，口㖞僻者，不过三十壮，三日二报，报如前微者三报，重者九报，此风气濡微细入，故宜缓火温气推排渐抽以除耳。若卒暴催迫，则流行细入，成痼疾不可愈也，故缓火。”此孙氏对应少灸的部位及病因施灸时的权变方法。

所以虽然《千金方》记载的艾灸壮数较多，但其意仍在权变，他如“灸随年壮”、“反复施灸”等都是视不同情况的变通办法，不过按我个人的见解，《千金方》所列灸法，还是偏多的，例如第二十二卷记载脚气病的灸法，指出依次灸风市百壮多，重者一处可至五六百壮，勿令顿灸，三报之佳。灸伏兔五壮、亦可五十壮，灸犊鼻五十壮、可至百壮，灸膝眼百壮，上廉百壮，下廉百壮，最后灸绝骨。这样加起来共五百余壮，且绝骨还不在其内。虽然孙氏最后说：“凡此诸穴灸，不必一顿灸尽壮数，可日日报灸之，三日之中，灸尽壮数为佳。”照此计算每人亦须灸至百余壮，以非一般病家所能忍

受，故临床应用很少。

2.《甲乙经》对人体各部每一穴位的艾灸壮数，在第三卷中都有记载。经初步统计，内中明白指出禁灸的有二十四穴；未指出禁灸、也未指明应灸壮数的有九穴。在指明艾灸壮数的穴位中，灸一壮的有少商、中冲、少冲、少泽、后溪、大都等七穴；灸二壮的有浮白一穴；灸七壮的有六穴；灸九壮的有大椎一穴；灸十壮的有曲垣一穴；壮数最多的为环跳穴，可灸至五十壮；除此以外一般的穴位灸治皆在三～五壮。对疾病应灸壮数，该书无明文记载。

3. 其他《外台》、《铜人》、《金鉴》所列灸壮各有多少，其中《外台》的记载较《甲乙》为多，本文限于篇幅，不一一例举。

概而言之，灸壮的多少，必须和前节所述艾炷的大小相结合。凡宜大炷施灸的部位和疾病，壮数也可增加。有时对于应该施大炷灸的疾病，而病者体弱不能忍受，或妇人畏痛不愿受灸时，我认为不妨采取小炷多壮的治法。一般病例一个穴位每次施灸以三～七壮为宜，即使须要多灸的，也应该用分次报灸的方法。古人一灸百壮，虽然有其长处，但在目前临床使用则难以做到。

除了灸炷大小和壮数多少以外，灸的补泻也是一个必须注意的问题，对此目前一般针灸书籍皆略而不谈，我认为既然古人立法，一定也有其可研究之处。《灵枢·背俞》篇说："气盛则泻之，虚则补之，以火补者，毋吹其火，须自灭也，以火泻者，疾吹其火，传其艾，须其火灭也。"根据文内记载，艾灸的补法，是让燃艾自己熄灭，不得用口吹火，以便火力缓缓透入体内，泻法则须频频吹火，使艾块燃快灭，火力短而急速。目前临床应用以补法为多，因为灸法的适应证本身就是以阴证、重症为多，所以当用补法为宜。唯在外科痈疽，欲起消散作用时，才有施用泻法的必要。

七、灸法的种类

灸的种类，有明灸、隔灸、疤痕灸和无疤痕灸等。明灸就是将艾炷直接放置在穴位皮肤上施灸，所以又名直接灸，此法应用最广。隔灸就是先将姜、葱、蒜等物，垫在穴位皮肤上，然后再安置艾炷施灸，也称间接灸。

疤痕灸就是灸后让局部起泡溃烂，灸后遗留永久的疤痕，此法古人多用之。称无疤痕灸就是在施灸时，病人稍觉灼痛，即将艾炷移去而不致起泡，灸后也无疤痕，此种灸法，施之于风寒湿痹尚可，但一般效果不如前者。

兹将古代不同的灸法介绍如下：

1. 蒜灸

将大蒜头（以独头者为佳）捣烂，或切片约三分厚，置穴位上，以艾炷灸之，每四五炷换去蒜片。此法据《千金方》说可治瘰疬，《医宗金鉴》记载用治疮毒。目前一般对肺痨患者，用此法在大椎、陶道、肺俞、膏肓等穴施灸，相当有效。病员往往灸后小便时尿中有蒜臭出现，由此可证实蒜内成分已渗透组织，吸入体内。

2. 姜灸

将食用的生姜，切成薄片，约厚三分，以针刺数小孔，置艾炷于上灸之，也叫隔姜灸。生姜性温味辛，借艾火之力，深渗组织，可起温运的作用，一般用在中虚、腹满、胃痛、反胃以及疝痛等。

另有一种方法，将生姜和芋头捣烂和匀，加入适量面粉，制成饼状，敷置患部，可治龋齿、喉痹、口噤、腮颔肿大等症，有消肿止痛的功能，若在饼上施灸三壮，效果更佳。

3. 附子灸

附子性味辛甘大热，乃回阳救逆要药，汤药中适用于心腹

冷痛、四肢厥逆、霍乱转筋、虚汗、泄泻及心力衰竭等症。

附子灸有两种方法：一种把附子切细研末，放于穴位上，再施以豆粒大的艾炷，连续灸之，可以多灸数壮，此法除了应用于急救以外，还可用治阳痿、早泄等证。另一法常用在治疗疮毒等症时，以生川附为末，和黄酒作饼状，如三枚古钱厚薄，置疮上，以艾灸之，每日灸数壮，但令微热，勿令疼痛，若饼干，易饼再灸，务以疮口红活为度。此法可治溃疡气血俱虚，久不自敛，或风寒袭入血气不行者，屡有奇验（录自《医宗金鉴》）。

4. 豆豉灸

《医宗金鉴》曰："痈疽发背已溃未溃，用江西淡豆豉为末，量疮大小，和黄酒作饼，厚三分，置患处灸之，饼干再易。如已有疮孔，勿复置孔上，四布豉饼，列艾其上灸之，使微热，勿令肉破，如热痛急易之，日灸三度，令疮孔出汗即瘥。"《千金方》曰："用豆豉饼可灸耳聋。"

5. 蛴螬灸

蛴螬即金龟子的幼虫，形状像蚕，身短节促，足长有微毛，用背滚行，生长于树根及粪土中或旧茅屋上，能行血分，散结滞。《医宗金鉴》云："瘖瘘恶疮，诸药不验者，取蛴螬剪去两头，安疮口上，以艾灸之，七壮一易，不过七枚，无不效者。"

6. 黄蜡灸

《千金方》曰："以火炙蜡贴唇，可治紧唇"。《医宗金鉴》曰："黄蜡灸法，可治痈疽发背、恶疮顽疮，先以湿面随肿根作圈，高寸余，实贴皮上，如井口形，圈内铺蜡屑三四分厚，次以铜漏杓盛桑木炭火悬蜡上烘之，令蜡化至滚，再添蜡屑，随添至井口满为度。皮不痛者毒浅，灸至知痛为度；皮痛者毒深，灸至不知痛为度。去火杓即喷冷水少许于蜡上，俟冷起蜡，蜡底之色青黑，此毒出之征也。如漫肿无头者，亦以湿纸试之，于先干处灸之，初起者一二次即消，已成脓者二三次即溃，疮

久溃不敛，四围顽硬者，即于疮口上灸之，蜡从孔入，愈深愈妙，其顽腐瘀脓尽化，收敛甚速。

7. 盐灸

用食盐填满脐中，上面铺薄片，加上艾绒施灸，此种灸法，只限用于神阙一穴，所以也可称神阙灸，盐用纯白干燥者为良。有些患者的脐孔，不是凹形而是凸形的，可用不易燃烧传热之物，围绕突脐(如用湿面条亦可)，把盐填满，然后施灸。

盐灸对疝痛、腹痛、绕脐痛、下痢等症都有效果，对洞泄者，只要一次或二次灸治即能减少泄泻次数，乃至痊愈。对于五更泻、休息痢等难治疾病，如能耐心反复进行灸治，也有治愈希望。《千金方》记载："用盐灸可治霍乱，霍乱已死有暖气者，灸承筋七壮，起死人，又以盐纳脐中，各灸二七壮……少年房多短气，盐灸脐孔二七壮。"《外台秘要》曰："霍乱苦闷急满，以盐纳脐中灸二七壮。"《古今录验》："热结小便不通利，取盐填满脐中，作大柱灸，令热为度良。"

8. 泥土灸

将泥土做成泥饼，放于穴位上，再置艾绒施灸。泥土以黄色粘土为佳，故又名黄土灸。对湿疹、白癣及其他皮肤病有效，但须注意若温度不达皮肤，就无效果。如果没有黄土，可在白土中加入黄柏末五、六分，对黄疸也有良好疗效。《千金方》："用泥土灸，治疗耳聋有效，方法以泥土作成饼子，厚浅如馄饨皮，覆耳上四边，勿令泄气，当耳孔上，以草茎在泥饼上穿一小孔，置艾于上，灸至百壮，俟耳中痛不可忍即止，侧耳泻却黄水，出尽即瘥，当灸时若泥干数易之。"

9. 硫黄灸

《针灸集成》曰："治诸疮久不差，变成瘘，取硫黄一块，如疮口大小安之，别取少许硫黄于火上烧，用叉尖挑起点硫黄，令著三五遍，以脓水干差为度。"

10. 桑枝灸

《医学入门》曰："治发背不起发，不腐，桑枝燃著吹息火焰，以火头灸患处，日三、五处，每次片时，取瘀肉腐动为度，若腐肉已去新肉生迟，宜灸四周，如阴疮、臁疮、瘰疬、流注久不愈者，尤宜灸之。"

11. 筒灸

此法已失传，但文献上有记载，《千金方》："可治耳聋，其法截箭簳二寸内耳中，以面拥四畔，勿令泄气，灸筒上七壮。"又云："可治口耳僻，法以苇筒长五寸，以一头刺耳孔中，四畔以面条塞之，勿令泄气，一头内大豆一颗并艾烧令燃，灸七壮即瘥，患右灸左，患左灸右，千金不传，耳病亦可灸之。"

此外尚有雷火针灸法、太乙神针灸法，以多种药物卷入艾卷中，熨灸之，对风寒痹痛甚效，此间限于篇幅，不一一细载。

八、灸后调养

古人对灸后的调养，颇为注意，《针灸大成》说："灸后不可就饮茶，恐解火气，及食，恐滞经气，须少停一二时，即宜入室静卧，远人事，远色欲，平心定气，凡百俱要宽解，尤忌大怒、大劳、大饥、大饱、受热、冒寒，至于生冷瓜果亦宜忌之。唯食茹淡养胃之物，使气血流通，艾火逐出病气，若遇厚味、酗醉，致生痰涎，阻滞病气矣。鲜鱼鸡羊，虽能发火，止可施于初灸十数日之内，不可加于半月之后，今人多不知恬养，虽灸何益？故因灸而反致害者，此也。徒责艾灸无效，何耶！"《医宗金鉴》："凡灸后须谨避风寒，慎其起居，养其气血，其喜怒忧思悲恐惊，不可过极，和其情志，及禁食一切生冷醇酒厚味等物，即食蔬淡，亦当适宜，不可过度，以调养脾胃也。"上述古代针灸

医家对灸后调养和摄生的论述，规定得相当周详，惜乎目前病家往往不肯坚持，甚至有认为迂阔而加以否定，这对疗效也必然会有一定的影响，值得引起重视。

九、灸疮的引发和处理

《资生经》云："凡著艾得疮发，所患即瘥，若不发，其病不愈。"《针灸易学》也说："灸疮必发，去病如把抓。"可见灸疮的溃烂，对机体的治疗是有益的。引发灸疮的方法，《甲乙经》有："欲令灸发者，灸履底熨之，三日即发。"履底就是鞋底，虽经火灸，但总不免有感染之虑，所以一般多不取用。可以采用者，《资生经》有比较详细的记录，其文："今人用赤皮葱三、五茎去青，于煻火中煨熟，拍破，热熨疮上十余遍，其疮三日自发，又以生麻油渍之而发，亦有用皂角煎汤候冷频点之而发，亦有恐血气衰不发，服四物汤滋养血气，不可一概而论也，有复灸一二壮遂发，有食热炙之物，如烧鱼、煎豆腐、羊肉之类而发，在人以意取助，不可顺其自然，终不发矣。"以上介绍的方法比较安全可靠，需要时可酌情采用。

灸后对灸疮的处理，目前多采用西法，当然很是理想。古代方法，《局方》："凡灸治病，才住火，便用赤皮葱、薄荷煎汤，温温淋洗灸疮，令驱风气于疮口内出，兼令经脉往来不滞于疮下，若灸疮退痂后，取东南桃枝，及青嫩柳枝等分，煎汤温洗灸疮，能护灸疮中诸风，若疮内黑烂溃者，加胡荽煎洗，自能生好肉，若疼痛不可忍，加黄连煎洗，立有神效。"《针灸大成》"用白芷、金星草、淡竹叶，芩、连、乳香、当归、川芎、薄荷、葱白等分，铅粉、香油煎膏贴，如用别膏不对症。倘疮口易收，而病气不得出也，如用别物，干燥作疼，亦且不便。"《丹溪心法》："灸疮久不合，黄连、甘草节、白芷、黄丹、

香油同煎膏贴之。"《针灸集成》："灸疮久不差，宜用内托黄芪丸。"《得效方》治灸伤经络，流脓不止，久不差，黄芪八两、当归二两，肉桂、木香、乳香、沉香各一两，右为末，以绿豆粉四两，姜汁煮糊和丸，梧子大，热水下五七十丸。止痛生肌散，《资生经》方，牡蛎五钱，寒水石、煅滑石各二钱。右为末先以清水洗后糁之。

遵照古法，灸后可用《大成》灸疮膏贴敷，并用《局方》赤皮葱汤洗之。灸疮愈后，新肌黑色不退，取东南桃柳煎汤洗涤；若痛者加入黄连煎洗，并可以止痛生肌散糁之；溃烂者加入胡荽煎洗，久不愈合，当分虚实，如因火伤过度，火毒不尽而致者，用《丹溪心法》膏药方贴敷之，如若因虚而无力者，须服内托黄芪丸补之，这就是古人调理灸疮的一般方法。

十、灸禁

灸的禁忌当分部位和疾病两方面来讲，有关部位的灸禁，首先必须了解古人禁灸穴位的禁忌原则。在历代文献中，对个别穴位的禁灸或该灸，记载很不一致，例如《甲乙经》所载禁灸穴仅 25 个，《针灸大成》禁灸穴歌记载 45 个，《医宗金鉴》47 穴，《针灸集成》49 穴。兹依《针灸集成》49 穴列成下表，并将各文献所记载的有关灸的考证一齐并列（表 2）。

表 2　禁灸穴位考证表（根据《针灸集成》禁灸 49 穴排列）

位部	穴名	经别	考证
头颈部	哑门	督脉	《甲乙》：不可灸，灸之令人喑。
	风府	督脉	《甲乙》：禁，不可灸，灸之令人喑。
	脑户	督脉	《甲乙》：不可灸，令人喑。

(续表)

位部	穴名	经别	考　　证
头颈部	素　髎	督脉	《甲乙》:禁灸。
	承　光	膀胱	《甲乙》:禁,不可灸。
	天　柱	膀胱	《甲乙》:灸三壮。图翼:一曰禁灸。
	睛　明	膀胱	《甲乙》:灸三壮。明堂:禁灸。 《外台》:甄权云,不宜灸。
	攒　竹	膀胱	《甲乙》:灸三壮。铜人:禁灸。明堂:灸一壮。
	颧　髎	小肠	《甲乙》:无记载。图翼:禁灸。
	禾　髎	大肠	铜人:禁灸。图翼:三壮。
	迎　香	大肠	《甲乙》:无记载。铜人:不宜灸。外台:不宜灸。
	下　关	胃	《甲乙》:灸三壮,耳中有干糙抵,不可灸。
	头　维	胃	《甲乙》:禁,不可灸。
	承　泣	胃	《甲乙》:不可灸。铜人:禁灸。 《明堂》:不宜灸,灸后令人目下大如拳,息肉日加如桃,至三十日定不见物。
	人　迎	胃	《甲乙》:禁,不可灸。
	临　泣	胆	《甲乙》:灸五壮。外台:灸三壮。 《图翼》:一曰禁灸。
	耳　门	三焦	《甲乙》:灸三壮。耳中有脓,禁不可灸。
	瘈　脉	三焦	《甲乙》:灸三壮。千金:不灸。
	丝竹空	三焦	《甲乙》:不宜灸,灸之不幸,令人目小及盲。
	天　牖	三焦	《甲乙》:灸三壮。铜人:不宜灸,灸即令人面肿眼合。

（续表）

位部	穴名	经别	考证
胸腹部	渊液	胆	《甲乙》：不可灸，灸之不幸，生肿蚀马刀，伤内，溃者死，寒热生马疡可治。
	石门	任脉	《甲乙》：灸三壮，女子禁，不可刺灸中央，不幸使人绝子。
	乳中	胃	《甲乙》：禁，不可灸刺，灸刺之，不幸生蚀疮；疮中有脓血清汁者可治，疮中有息肉，若蚀疮者死。
	鸠尾	任脉	《甲乙》：不可灸刺。外台：甄权云，宜针不宜灸。铜人：禁灸，灸之令人毕世少心力。明堂：灸三壮。
	腹哀	脾	《甲乙》：灸五壮。铜人：禁，不可灸。
	周荣	脾	《甲乙》：灸五壮。铜人：禁，不可灸。
腰背部	心俞	膀胱	《甲乙》：禁灸。外台：灸三壮。大成：千金言，中风心急，灸心俞百壮，当权其缓急可也。
	白环俞	膀胱	《甲乙》：不宜灸。明堂：灸三壮。
	脊中	督脉	《甲乙》：不可灸，灸则令人痿。（素问王注：作偻）
上肢部	天府	肺	《甲乙》：禁，不可灸，灸之令人逆气。
	经渠	肺	《甲乙》：不可灸，灸之伤人神明。
	鱼际	肺	《甲乙》：灸三壮。医学入门：禁，不可灸。
	少商	肺	《甲乙》：灸一壮。图翼：不宜灸。 《外台》：甄权云，此脉脾脉之后，不宜灸。
	阳池	三焦	《甲乙》：灸五壮。铜人：不可灸。
	中冲	心包	《甲乙》：明堂；皆灸一壮。大成、集成，均列禁灸例。
	肩贞	小肠	《甲乙》：灸三壮。医学入门：禁，不可灸。

（续表）

位部	穴名	经别	考　　证
下肢部	隐　白	脾	《甲乙》:灸三壮。铜人:禁,不可灸。
	漏　谷	脾	《甲乙》:灸三壮。铜人:禁,不可灸。
	条　口	胃	《甲乙》:灸三壮。铜人:禁,不可灸。
	犊　鼻	胃	《甲乙》:灸三壮。医学入门:禁,不可灸。
	阴　市	胃	《甲乙》:禁,不可灸。
	伏　兔	胃	《甲乙》:禁,不可灸。
	殷　关	胃	《甲乙》:灸三壮。图翼:一云禁灸。
	申　脉	膀胱	《甲乙》:灸三壮。铜人:禁,不可灸。
	委　中	膀胱	《甲乙》:灸三壮。神应经:禁灸。
	殷　门	膀胱	《甲乙》:灸三壮。铜人:禁,不可灸。
	承　扶	膀胱	《甲乙》:灸三壮。医学入门:禁,不可灸。
	地五会	胆	《甲乙》:不可灸,灸之令人瘦,不出三年死。
	阳　关	胆	《甲乙》:禁,不可灸。

从表中可看出大部分穴位各文献的记载是不一致的,有说可灸,有说禁灸,以我个人意见,一般在头面眼睛、心脏血管、重要脏器所在处须绝对禁灸外,其他四肢筋骨浅表处、生殖器、乳头、四肢末梢知觉敏感的部位,也应注意避免,至如伏兔、阴市等肌肉丰满的穴位,若不以大艾炷灸成严重的瘢痕,谅亦不妨,这就须在临床上视不同对象和病情权变了。

其次关于灸法的禁忌症,文献中记载得很少,《伤寒论》曾

有比较全面的论述，例如太阳篇中第 115 条说："脉浮热甚，而反灸之，此为实，实以虚治，因火而动，必咽燥吐血。"第 116 条："微数之脉，慎不可灸，因火之邪，则为烦逆，追虚逐实，血散脉中，火气虽微内攻有力，焦骨伤筋，血难复也，脉浮，宜以汗解，用火灸之，邪无从出，因火而盛，病从腰以下，必重而痹，名火逆也……"其他忌火、忌温之条不胜一一枚举，所以一般说来证涉三阳者应慎用灸法，但是阳证下陷而变阴证者，则又在当灸之例，或者虽属阴证，法当灸治，但属阴虚阳亢者，灸之亦可生变。所以决定当灸与否必从阴阳来分析，近人有急性病宜针，慢性病宜灸之说，我的意见似有可商榷之处，因在临床上常可遇到虽属急性阳证的病例，但由于某种原因突然会转为阴证，同时很多慢性病例不一定均属阴证，而往往呈现阳性症状，在此种情况下，则应灸与否，似又不应以病的急慢性来分别了。

另外如天气的影响，古人认为也当慎用灸法，《针灸大成》引《明堂下经》说："灸时若遇阴雾大风雪、猛雨炎暑、雷电虹霓，停候晴明再灸，急难，亦不拘此。"气候的变化，能直接影响人的生理，故古人警戒慎灸，理有可通之处。

按：本文为朱汝功老师所撰，发表于《浙江中医杂志》1958 年 9 月号，较全面地论述灸法，是当时较有代表性的论灸专文，收载资料较为完整，对临床有参考价值，特全文收载。

医理阐释

上海市祖国医学学术讲座——针灸学讲义

［编者按］本文是该学术讲座讲义的第九讲、第十讲。第九讲为陆氏所讲，第十讲为黄美明先生所讲。为保持学术的完整性，一并收录。特此说明。

一、概论

1. 针灸学的起源

祖国医学的起源很早，就以针灸学来说，虽然是祖国医学的一小部分，然而它的发展，远在本草以前，如针石、灸焫、导引、按、蹻在原始时代，早已创造了治病的方法，所以它的历史是非常悠久的。到了黄帝时代，更把它的学理经验尽情地整理和归纳起来，同时并作出了统一性的论说——《黄帝内经》。

这书包含着两个部分——《素问》、《灵枢》。由于它对天文、地理、人和与有关疾病的因素，无不包罗详尽，阐述靡遗，所以成为几千年来医林所推崇的大经大法，也可以说是一部尽善尽美的医学春秋，它在治疗和研究上，实在具有极高的评价，尤其书中对有关针灸的理论，备极丰富，要占全书篇幅的绝大部分。可以想见，针灸对人体一切疾病，是如何的有着非常重要的关系了。

关于针灸的发源，在内经上有如下的记载：

《素问·异法方宜论篇》说："砭石从东方来，毒药从西方来，灸焫从北方来，九针从南方来，导引、按蹻从中央来。"可见古代治病方法，各地不同，因为那时各地各有聚居的部落，他们为了适应各地的环境，在长期与疾病斗争中，曾各自发明和创造了简单治病的法子，各自经过了很多次的试验，因此各有独到的立说和经验。

《内经》里还说："黄帝问曰，医之治病也，一病而治各不同，皆愈何也？岐伯对曰，地势使然也。"从这段记载里，更可以体会到祖国医学的创造，确是从实践和积累经验而来，并且是把各方面经验汇集起来的。那时在治疗上虽然没有分科，但因针灸的疗效很大，所以《内经》的记载，对针灸学说也特别多。《内经》又说："……今世治病，毒药治其内，针石治其外……"这里更可以体会针灸从古代发明以后，历经夏、商、周、秦是长时期在民间流行的。

所谓毒药治其内，毒药就是指本草而言，这是属于内服一类，所谓针石治其外，针石就是针石、砭石、镵石，这是属于外治的一类，可见外治在古代一直被民间所信仰而重视的。

从这个片断的记载上来看，我们可以想像到古代医学完全是先民在生活过程中和疾病作长期斗争所积累的经验，所以才能把针和灸的不同来历，作出这样的说明。

古代治病，始有砭石导引，汤药还在砭石之后，针灸医学，就是根据砭石演变而来。针灸的历史，的确很悠久的，在事迹方面，《史记·列传》里也载着很多效果辉煌的例子，如战国时的扁鹊。以刺维会（穴名）治好了虢太子的尸厥，可说是针家的鼻祖。

自此以后，其载入史册者，更是人才辈出，代有传人，最显著的如东汉时代的张仲景、华佗。张仲景《伤寒论》，太阳病初

服桂枝汤反烦不解者，先刺风池、风府。治妇人热入血室，刺期门（引证《伤寒论》："妇人中风发热恶寒，经水适来，得之七八日，热除而脉迟，身凉，胸胁下满，如结胸状谵语者，此为热入血室也，当刺期门，其实而泻之"）。华佗治曹操风眩头痛，针风府，随手而愈。秦汉以后，有唐代秦鸣鹤治唐高宗风眩头痛，目不能视，刺百会及脑户出血，应手而瘥。

上面所提出的，仅举几个显著的例子而已，其他还多不胜记。总之，这些单用针灸见效的先进范例，就为后世针灸形成专科，创造了有利的条件。

2. 关于经络经穴的发展情况

黄帝传医，是为了避免后世医者使用毒药砭石来治疗疾病，《针经》上面曾说："余欲勿使被毒药，无用砭石，欲以微针通其经脉，调其血气。营其逆顺出入之会……"这就说明不要依靠内服药物或使用砭石外治，而只需使用微细的毫针以宣通经脉调和气血来收效的意义。

今本《黄帝内经》：计《素问》二十四卷、《灵枢》二十四卷，各八十一篇。这书的内容，是把黄帝和岐伯问答的话语，完全载入，在现在说来，其中包括古代的生理、解剖、病理、诊断、治疗，为祖国最古的医书，书中关于针灸的记载很多（这部书，相传系秦汉时代人手笔，至唐代，再由王冰加以编纂，现在以合成四十八卷的为最完备的版本），晋皇甫谧《甲乙经》序中说："《针经》九卷，《素问》九卷。"《针经》就是《灵枢》，它作于《素问》之前，《素问》是完全取法于《灵枢》的。

所谓灵枢，是神灵的枢要，关于一切刺灸的法则，经络脏象，在各篇中都有深刻的阐述。《汉书·艺文志》载："原人之经络血脉，阴阳表里，以起百病之本，而针石汤火，各有所宜施，其齐之得也，磁石取外，何足云喻。"

《难经》一书，也是极其重要的，它的内容偏重于论脉，论

经络，论脏府，论病，论穴道，论针。徐灵胎所谓："难经、非经也；以《灵》、《素》之微言奥旨，引端未发者，设为问答之语，俾畅阙义也。"

这部书，对我们在针灸学钻研上，是极有价值的。

还有皇甫谧的《甲乙经》，是作者集合《针经》、《素问》和《明堂》三部古书，删繁撷要而成，内容是专论针灸。《明堂人形图》系唐代甄权所著是很完整的针灸图谱，对针灸的取穴极有帮助。至于唐孙思邈的《千金方》，王焘的《外台秘要》，也有经穴专篇，宜针宜灸，对症施行。迨到仁宗时，更进一步地特诏王维德（即王惟一）考订经穴，铸为铜人。

根据《都门汇纂皇城图》说有"铜人考"："院署有古铜人，虚中受水，关窍毕达，古色苍碧，莹润射目，相传从海中涌出者；按铜人像在药王庙神像前，作于宋天圣时，元至元间修之，明英宗时又修之，海中涌出，殆讹传耳。"

关于铜人的考据，依照《宋史·艺文志》说，宋天圣五年十月，医官院铸有铜人腧穴两座，一座留置医官院，一座安放大相国寺仁济殿，当时为了针砭的方法，有各种不同的传述，所以上命尚药奉御（官名）王惟一考据明堂气穴经络之会，铸成铜人式，同时采集了往古的旧闻轶事，把不正确的地方，一一加以订正，分成脏腑十二经，还在十二经之旁，按部位把经穴的名称全部刻在上面，追考当初所以有这样的动机，一方面当然寓有所谓"传心岂如会目，著辞不若案形"的意义；另一方面，还有考验医生刺针的是否适中的作用在里头。就在这个情况下，作成了《铜人俞穴针灸图经》三卷。

照这样看，我俩可以理解，《都明汇纂》上所称"虚中受水关窍毕达"的说法，只要在考验医生这一点上推考起来，是信而有证的，这一苦心孤诣钻研创造的精神，实在值得我们敬慕和效法的。

尚有杨继洲所撰的《针灸大成》，这部书是搜集明代以前的针灸文献而著成，的确称得上集针灸之大成，故名。

上面这些经典著作，各有各的特点，如《灵枢》中的九针十二原篇、本输篇、小针解篇等，是论述针法。经脉篇、经别篇、经筋篇，是论述经脉。骨度篇是制订人身骨度。《难经》的内容，它是采撷精华，假设问答，阐明疑难之作，全书五卷十三篇，共计八十一难，一至二十二难论脉，二十三至二十九难论经络，三十至四十七难论脏腑，四十八至六十一难论病，六十二至六十八难论穴道，六十九至八十一难论针法，它对人体内脏的作用，虚实邪正的变化，以及诊脉治病的方法。都有很详细的论述。《甲乙经》的十二经脉支别篇、疾形脉诊篇、五脏传变发寒热篇等，其中也划分了脉经、诊断、传变各部分，条理极为分明。

《明堂孔穴图》，系黄帝在明堂口授雷公的人形图，这一幅图，是用来启发后人，铜人图是由平面发展到立体的。至于《针灸大成》，除畅叙针灸理论而外，间还述及推拿手法。有志钻研针灸学术者，非从此入手不可。

二、医学的阴阳理论与十二经脉的关系

1. 关于经脉的引证

《灵枢·经别》篇：夫十二经脉者，人之所以生，病之所以成，人之所以治，病之所以起，学之所始，工之所止也，粗之所易，上之所难也。

《灵枢·禁服》篇：凡刺之理，经脉为始，营其所行，知其度量，内次五脏，外别六府，审察卫气，为百病母，调其虚实。

《灵枢·经脉》篇：经脉者，所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。

《灵枢·本脏》篇：经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。

《素问·金匮真言论篇》夫言人之阴阳，则外为阳，内为阴；言人身之阴阳，则背为阳，腹为阴；言人身之脏府中阴阳，则脏者为阴，府者为阳。

按伤寒六经，只限于足之三阴三阳，所以有传足不传手的说法，但在针灸方面，则有十二经（手三阴三阳，足三阴三阳），有奇经八脉，有十五络脉，所以伤寒六经与针灸十二经对比起来，是多少有些不同的。

再从《灵枢》、《素问》上引证的几条条文来看，它们都说得很清楚，经脉是非常重要的。由此，我们可以体会到经脉是气血所循行，生死有关系，确是祖国医学中最基本的学问。

十二经的阴阳，原来是以脏腑来划分的，现在再把阴阳的大、少、极、分为次序，举例如下：

阳气之大者为太阳　阴气之大者为太阴

阳气之少者为少阳　阴气之少者为少阴

阳气之极者为阳明　阴气之极者为厥阴

2. 经络在治疗上的应用

现在把经络阴阳表里的关系记述如下：

“足太阳与少阴为表里。少阳与厥阴为表里。阳明与太阴为表里，是为足之阴阳也。手太阳与少阴为表里，少阳与心主为表里，阳明与太阴为表里，是为手之阴阳也。”

太阴与阳明，少阴与太阳，厥阴与少阳互为表里。

太阴与阳明的关系，太阴——肺经、脾经—大肠经、胃经阳明，这四条经脉，存在着密切的关系。

肺经与大肠经，脾经与胃经，是表里阴阳的关系。所以用肺经可以治疗大肠经的疾病，相反的，用大肠经可以治疗肺经的疾病。

举例：大肠经病——痔疾，可用肺经的孔最来治疗，同样的，脾经与胃经也有相互的关系。在治疗胃病时，必须用本经的足三里，但同时用脾经的地机，也有同样的疗效。

除上述关系之外，大肠与胃，都是阳明经，肺与脾，都是太阴经，所见也有相互的关系。

举例：手阳明大肠经的疾病——下利，可用足阳明胃经的郄穴梁丘治疗。

手太阴肺经的疾病——咳逆上气，可用足太阴脾经的天溪治疗。

少阴与太阳的关系，少阴—心经、肾经—小肠经、膀胱经……太阳上面四条经脉，有密切的关系。

心经与肾经，同为少阴而相互联系，小肠经与膀胱经，同为太阳，所以也相互关联的。

举例：在肾经俞府痛而拒按时，会牵及心经的少海或神门，灸之可解俞府之痛，肾经上的神藏、神封，从名字上看，可以知其与心脏有关，以经络的流注而言，这个部位是肾经注于胸而络于心。因此，心经与小肠经，肾经与膀胱经为阴阳表里。小肠经的臑部后侧有疼痛时，灸心经的神门，疼痛就可缓解，膀胱经的疾病，如腿股痛，则灸肾经的太溪，可以使疼痛轻减。

厥阴与少阳的关系：厥阴—心包经、肝经—三焦经、胆经—少阳，这四条经脉，也同样有密切的关系。

心包经与肝经同为厥阴而相互关联，三焦经与胆经同为少阳，也是互相联系的，同时心包经与三焦经，肝经与胆经相关联而为表里阴阳。

举例：少阳病肋痛，会引及本经的阳陵泉，又可引及厥阴肝经的期门，同时还会引及厥阴心包经的郄门，如灸郄门，能疗肋痛。这是非常重要的穴位，也是由少阳引及厥阴而以厥阴治疗少阳之例，这就是三阴三阳表里阴阳的关系。

3. 经脉的循行

《灵枢·顺逆肥瘦》篇："手之三阴，从脏走手；手之三阳，从手走头；足之三阳，从头走足；足之三阴，从足走腹，脉有十二正经者常脉也。"

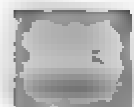
《灵枢·经脉》篇："肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺，从肺系横出腋下，下循臑内，行少阴心主之前，下肘中，循臂内上骨下廉，入寸口，上鱼，循鱼际，出大指之端，其支者，从腕后直出次指内廉，出其端。""大肠手阴明之脉，起于大指次指之端，循指上廉，出合谷两骨之间，上入两筋之中，循臂上廉，入肘外廉，上臑外前廉，上肩，出髃骨之前廉，上出于柱骨之会上，下入缺盆，络肺，下隔属大肠，其支者，从缺盆上颈，贯颊入下齿中，还出挟口，交叉人中，左之右，右之左，上挟鼻孔。"

从上面的条文来研究，可知经脉也有阴经与阳经、上肢和下肢的分别，都是由内脏所发，路线不同，因此特地举出肺经与大肠经来引证原文。这里，应该说明，肺经属手之阴经，所以从胸走手，大肠经属手之阳经，所以从手走头，这个例子，已透彻地说明了一经有一经的路线，在针灸诊断和临床上的应用，就必须明了经络的逆顺出入之会。

4. 奇经八脉的意义

《难经·二十七难》曰："脉有奇经八脉者，不拘于十二经何谓也？然有，阳维，有阴维，有阳蹻，有阴蹻，有冲，有督，有任有带之脉，凡此八脉者，皆不拘于经，故曰奇经八脉也。"

《十四经发挥》："……盖人之气血，常行于十二经脉，其诸经满溢，则流入奇经，奇经有八，督脉督于后，任脉任于前，冲脉为诸脉之海，阳维则维络诸阳，阴维则维络诸阴，阴阳自相维持，则诸经常调，带脉者束之犹带，至于两足蹻脉，有阴有阳，阳蹻得诸太阳之别，阴蹻本诸少阴之别。"



奇经八脉中的任、督两脉，本身是有穴位的，所以把任脉、督脉加入十二经里面，就称为十四经（《十四经发挥》是滑伯仁进一步的创作）。阳蹻、阴蹻、阳维、阴维、冲脉、带脉、本身没有穴位，而是附丽于十二经的，所以不并入十四经之内，仍称奇经。这是针灸疗法为了便利实际应用而这样配合的。

5. 十五络脉的意义

《针灸大成》："十五络脉者，十二经之别络，而相通焉者也，其余三络，为任督二脉之络，脾之大络，总统阴阳诸络，灌溉于脏腑者也。"

《素问·经脉篇》："经脉十二者。伏行分肉之间，深而不见。""诸脉之浮而常见者，皆络脉也。"

十五络穴的名称（表里相通）

手太阴之别——列缺	手少阴之别——通里
手厥阴之别——内关	手太阳之别——支正
手少阳之别——外关	手阳明之别——偏历
足太阳之别——飞扬	足少阳之别——光明
足阳明之别——丰隆	足太阴之别——公孙
足少阴之别——大钟	足厥阴之别——蠡沟
任 脉 之 别——尾翳	督 脉 之 别——长强
大 络 之 别——大包	

《针灸大成》："凡此十五络者，实则必见，虚则必下，视之不见，求之上下，人经不同，络脉异所别也。"

十五络脉的意义，是本经别走邻经的意思。滑氏曾说，直者为经，支而横出者为络。而且每络有络穴（见上表），以手阳明的偏历和手太阴的列缺来说，如果在气血旺盛的时候，可以看到，气血不足的时候，必然陷下，在临床上应该着重补虚写实的方法，针灸家所以对慢性疾病多数选取络穴来应用，就是这个意思。

三、人体的经穴是怎样定出的

1. 经穴的由来

《素问·调经论篇》："夫十二经脉者，皆络三百六十五节，节有病，必被经脉，经脉之病，皆有虚实。""人有精气津液。四肢九窍，五脏十六部，三百六十五节，乃生百病。"（《太素》杨上善注九窍五脏，以为十四，合手足故有十六部）

节就是气穴，人体上的孔穴。是气聚集的地方，所以叫做气穴。古人把人比做一小天，一年有三百六十五天，因此定出了人体有三百六十五穴，但根据《十四经发挥》所载，则人体全部经穴（包括单穴和双穴）有六百五十七穴。

2. 穴名释义介绍

经穴的穴名很多，但在《灵枢》、《素问》里面，并不见得怎样详尽，《甲乙经》、《千金方》上面就比较的详细，古人定出这许多经穴，有的是起义于本经，有的是从他经借义而来，总之是不离开经穴所附的位置。

古书上说，肉之大会叫做谷，小会叫做溪，这就是说经气所会集的地方，好像水的流行而会合于溪谷一样，所以从前称经穴为溪谷，正是这个意思。（如经穴中的太溪、阳溪、解溪、阴谷、合谷、前谷），海是众流所归（如气海、血海），渊泉是说水深的河流（如太渊、水泉），门户是言经气出入必经之路（如风门、气户），丘陵是指骨肉的高起者而言（如丘墟、阳陵泉），狭的是沟渎（如蠡沟、中渎），浅的是池渚（如曲池、中渚），承有相承的意思（如承浆、承泣、承扶），会有会合的意义（如会阳、百会、听会），在上者为天（如天池、天突），在下者为地（如地五会、地机）等等。诸如此类，不胜枚举，总之，我们可以举一反三，这里不必多所举述。

如上所述，可知古人对经穴的立名定义，每个经穴都含着深长的意义，对针灸家来说，无论在诊断上，治疗上，都是有帮助的。

经穴的列有别名者：

举例：

一穴二名：大椎——百劳。太溪——吕细。

一穴三名：会阴——下极、屏医。

一穴四名：百会——三阳五会、泥丸宫、巅上。

一穴五名：关元——丹田、大中极、下肓、肓源。

一穴六名：水沟——人中、鬼市、鬼客厅、鬼宫、鼻人中。

同名异穴：手三里、足三里、腰阳关、膝阳关。

还有经穴的命名，有的由于疾病，有的由于形象。有的由于经脉交会，也有以传说故事而命名的。

举例：

由于疾病命名的：哑门、光明、迎香、筋缩。

由于形象命名的：犊鼻、伏兔、鱼际。

由于经脉交会命名的：百会、三阴交。

由于古典和传说而命名的：涌泉、仆参、膏肓。

这些穴位，临床越多，对穴名的意义，越能得到深一层的认识。

3. 关于郄穴、募穴和背俞在治疗上的重要性

郄原作"却"，是间隙的意思，气血深集的地方叫做郄，也就是在骨肉之交。郄穴有十六，适用于急性疾病。

举例：

怔忡病刺心包经的郄门。

胃病刺胃经的梁丘。

疗疮刺小肠经的养老。

齿痛刺大肠经的温溜。

上面所举几个例子，在临床上可以体验到的，其他当然还

有，总之，郄穴治疗急性疾病，是的确有效的。

《难经·六十七难》曰："五脏募皆在阴，而俞在阳者何谓也，然阴病行阳，阳病行阴，故令募在阴，俞在阳也。"

所称俞穴，在背部膀胱经的第二行里面，各脏腑的经气都要从这里输送出去。

所称募穴，在胸腹部，各脏腑的经气都聚集的地方。

《针灸问答》："或曰，伤寒刺期门穴者何如。曰，十二经始于手太阴之云穴，以次而传，终于足厥阴之期门，期门者，肝之募也，伤寒过经不解，刺之使其不再传也，妇人经脉不调，热入血室，刺之，以其肝脏血也。胸满腹胀，胁下肥气，凡是木郁诸疾，莫不刺之，以其肝主病也，经云，此穴在两乳直下两肋端，又曰，在不容傍一寸五分。"

读了上面这条条文，就可明白我在第一章总论中所谈过的张仲景治妇人热入血室所以刺期门的意义了。

表1　各藏府俞穴与各经募穴

各藏府俞穴	肝	心	脾	肺	肾	膀胱
	肝俞	心俞	脾俞	肺俞	肾俞	膀胱俞
各藏府俞穴	大肠	胃	小肠	心包	胆	三焦
	大肠俞	胃俞	小肠俞	厥阴俞	胆俞	三焦俞

各经募穴	肝	心	脾	肺	肾	心包
	期门	巨阙	章门	中府	京门	膻中
各经募穴	胆	小肠	胃	大肠	膀胱	三焦
	日月	关元	中脘	天枢	中极	石门

这些俞穴和募穴与脏腑有直接沟通的关系。

举例:如暴饮暴食,胃部中脘穴感到不适,就会影响到背部的胃俞,这是由阴行阳,反之,背部胃俞受到外邪的时候,也会影响到胃募的中脘,这是由阳行阴。也可以说胃俞有病,可以治疗胃募,胃募有病,可以治疗胃俞。这就是由阳行阴由阴行阳的例子。

4. 十二原穴介绍

《灵枢·九针十二原篇》:"五脏有疾也,应出十二原。""明知其原,睹其应,而知五脏之害矣。""凡此十二原者,主治五脏六府之有疾者也。""五脏有病,当取之十二原。"

《难经》:"……十二经之根本也,故名曰原。"

徐灵胎注:"各经之气,留住深入之处即为原。"

原穴的治疗和意义:

滑氏述十二经之俞皆系于三焦,三焦所行之俞为原,以脐下肾间动气乃人之生命,十二经之根本,此十二原非写子补母之法,虚实均可通用,故五脏六腑有病,皆取其原。

举例:心肾不交所引起的失眠,肾阴亏而心火旺,可以补肾经原穴太溪,写心经原穴神门,其余可以此类推。

5. 经穴中的井荥输经合在治疗上所起的作用

附2 井荥输经合

阴　经	井　木	荥　火	输　土	原　穴	经　金	合　水
肺经(金)	少商	鱼际	太渊	太渊	经渠	尺泽
心经(火)	少冲	少府	神门	神门	灵道	少海
肝经(木)	大敦	行间	太冲	太冲	中封	曲泉
脾经(土)	隐白	大都	太白	太白	商丘	阴陵泉
肾经(水)	涌泉	然谷	太溪	太溪	复溜	阴谷
心经(火)	中冲	劳宫	大陵	大陵	间使	曲泽

阳　经	井(金)	荥(水)	输(木)	原穴	经(火)	合(土)
大肠(金)	商阳	二间	三间	合谷	阳溪	曲池
小肠(火)	少泽	前谷	后溪	腕骨	阳谷	小海
胆经(木)	窍阴	侠溪	临泣	丘墟	阳辅	阳陵泉
胃经(土)	厉兑	内庭	陷谷	冲阳	解溪	三里
膀胱(水)	至阴	通谷	束骨	京骨	昆仑	委中
三焦(火)	关冲	腋门	中渚	阳池	支沟	天井

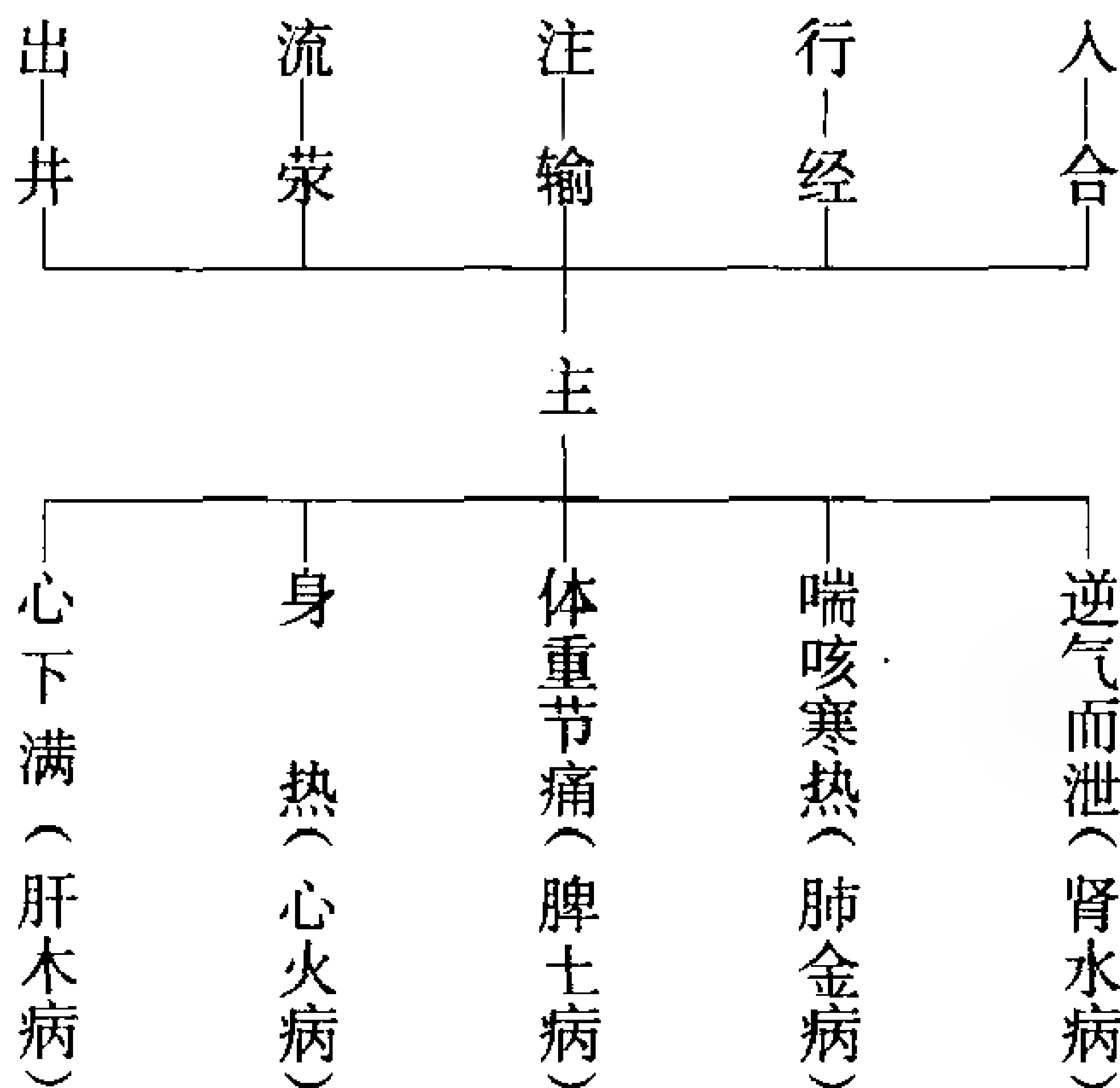
《灵枢·九针十二原》篇："所出为井，所溜为荥，所注为俞，所行为经，所入为合"。"井"在手足的前端，是脉气的出处，如水流之泉源，所以谓之井。"荥"在井之次，是脉气流动的地方，如流水始出的泉源而流之尚微(即极小水流之谓)所以谓之荥。"输"位于荥之次，在腕关节和踝关节部分(但在阴经中，原穴即在此部，俞穴在关节部稍前之处)。输是脉气之注所，如微小的流水渐入深处而灌注，所以谓之输。输者运输之意，也就是脉气注此输彼之谓。"经"位于俞之次，是脉气的行所，如流水灌注迅疾所经之处，所以谓之经。经者经过之意。"合"位于经之次，在肘关节及膝关节的附近，是脉气之入所，如会合于川流之海，所以谓之合。即脉气由此入脏腑之内，与众经相会。

如上所述，是将井荥输经合脉气的流行譬作水流，殊为恰当，而在我们实用上要知其主病的所在，是极为重要的。

关于主病的记载，节录《难经·六十八难》原文如下：

"井主心下满。荥主身热，输主体重节痛。经主咳嗽、寒热。合主逆气而泄。此五脏六府井荥输经合所主病也。"

表3　五输主病



根据上面这些解说：我们可以领会到五输在治疗上是很有价值的。

举例：

井穴，是用于疾病危急的时候，如灸膀胱经的至阴，能治难产，刺少商可从治咽喉肿痛等等。

荥穴，如小肠经的前谷能治疟疾，心包经的劳宫，能治疲劳和掌热，而与《难经》“荥主身热”之说，完全符合。

输穴，小肠经的后溪，能治风湿病。其他如大陵、神门、临泣、束骨、太渊、太溪、太冲等穴，都在关节部分，所以对风湿所引起的体重节痛，都有效果。

经穴，用心包经的间使治咳嗽寒热有效。

合穴，一般是治慢性（调理）疾病，像胃病用足三里，心病用少海，肠病用曲池等。

6. 经外奇穴

十四经穴以外，还有经外奇穴，所谓奇穴，绝对不是根据经穴而来，它的发现，是在中世纪以后由很多医家，在治疗上积累了经验所创造出来的。这种奇穴，根据不完全的查考，大

约有八十个穴位左右，关于此点，开始记载于《千金方》，其后散见于《外台秘要》，《类经图翼》，《医学入门》，《针灸大成》等书，所以对部位、分寸、治疗、主治、考证，都有很详细的记载。

举例：

中魁穴：在中指第二节骨尖上，主治噎膈、翻胃、吐食等病，须灸五至七壮，曲指取之。

八邪穴：在手五指岐骨间，主治头风牙痛，经络拘挛，手臂红肿。手法针四分至六分（斜刺），灸一至三壮，握拳取之。

八风穴：在足五趾岐骨间，主治脚气、脚背红肿、手法同上。

印堂穴：在两眉之间，主治小儿惊风与年长的老头风，手法针二分（斜刺），灸五壮，正头取之。

以上所介绍的穴位，疗效很大，一般用灸法的较多。

天应穴：即阿是穴，是没有一定部位的，用手指按压时，病人感觉舒适，故称之谓天应穴，即古人所谓痛处为腧穴之意。天应穴在治疗方面多数用于外症，如患阳发痈症，根据肿胀部位，施以针刺；如患阴疽、瘰疬，用艾灸方法，以上所用，就是局部针刺法。

四、古人对补虚泻实的含义

《难经·六十九难》："虚者补其母，实者写其子，当先补之，然后写之也，不实不虚，以经取之者，是正经自生病，不中他邪也，当自取其经，故言以经取之"。

所谓"虚者补其母"，《难经》注"母是生我之经，如肝虚的时候，宜补肾经"。

举例：如果是肝经的虚证，可用足少阴肾经的阴谷，（阴谷是合穴，属水性。水生木之义，水乃木之母，补水即等于补

木),同时还可补本经的曲泉(因为这是本经的合穴,亦属水性)。

所谓“实者泻其子”,《难经》注:子是我生之经,如肝实宜泻心经。

举例:如果是肝经的实证,宜泻心经的少府(少府是荥穴,属火性),同时还可以用本经的行间(行间是本经的荥穴,属火性)木生火之义,火乃木之子,泻火即等于写木。

所谓“不实不虚,以经取之”者,言循其本经所宜刺之穴也。

举例:膀胱经背腰尻部的疾患,可用膀胱经的原穴京骨。胆经有髀枢中痛的时候,可用胆经的原穴丘墟。胃经胃脘痛,不嗜食的疾病,可用胃经的原穴冲阳。

补泻的方法很多,如迎随补泻,呼吸补泻,提插补泻等,这些补泻是用于刺法方面的,现在我所介绍的,就是我上文所谈的子母补泻,这个补泻,并不是仅仅一经治一经的疾病,而是以五行性质的经穴和相生相克的关系配合起来,作为治疗上的应用,而使阴阳、虚实的关系得以平衡。

五、九针在临床上的应用

《灵枢》共有八十一篇,首篇《九针十二原》,即详载九针之形态、尺寸和用途。现在先把九针在临床上的应用,扼要介绍如下:

[原文]《灵枢·官针》篇:**凡刺之要,官针最妙,九针之宜,各有所为;长、短、大、小,各有所施也。不得其用,病弗能移,疾浅针深,内伤良肉,皮肤为痈;病深针浅,病气不泻,支为大脓;病小针大,气泻太甚,病必为害;病大针小,气不泄泻,亦复为败;失针之宜,大者泻,小者不移。**

［浅解］《灵枢·官针》篇说："讲到刺法问题，官针是最标准，（所谓官针，是指政府规定的针）九针是各有他的用途，长短大小，各有它的用法，如果用得不确当，病就不能祛除。怎样谓之不确当呢？""病的程度浅而用深刺的方法，反而能损伤好的组织，引起皮肤发生外症；反之，病的程度深而用浅针的方法，同样也不能去除病痛，造成病势更加严重。"这是从针刺的深浅问题来说明九针的用途；其次又提到针的粗细与治病的关系，它说："病情很小而用了大的针，必然会使身体里面的'气'泻得太厉害，反而可以使疾病更加严重；如果病情很大，而用了小的针，那么应该要刺到的目的就不能达到，也是对治疗上不利的。因此应该用小针而用了大针，就可从损伤病人的正气，应该用大针而用了小针，就不能治好疾病。"由此可知，用针不确当，对身体的影响很大，这是《内经》中关于九针应用的基本认识。

九针在临床上究竟有哪些用途呢？《灵枢·官针》篇记载得很清楚：

［原文］病在皮肤无常处者，取以镵针于病所；肤白勿取。

［浅解］病在皮肤表浅的部位而且有游走无定的现象，应该用"镵针"来治疗病变的所在，如果患部皮肤颜色苍白没红肿充血的情况，那就不能用"镵针"来治疗。因为"镵针"是一种箭头形的针，主要用途是刺破皮肤放血以泻热。例如下肢丹毒红肿发作的时候，适宜于用这种针来治疗，可是这种针目前已很少有人采用，一般都用锋针来代替。

［原文］病在分肉间，取以圆针于病所。

［浅解］疾病如果在皮下的浅层筋膜方面，可以用针端呈卵形的圆针，在病变的所在施行推摩，疏导局部的气血。

［原文］病在经络，痼痹者，取以锋针。

［浅解］如果这种病已经影响到经络方面。而属于长久

的痹病。(痹病是因各种病邪侵入人体以后引起气血闭塞不通的现象)可以用锋针来治疗,因为锋针是一种三棱形针,一般应用在刺络放血方面。

[原文] **病在脉,气少,当补之者,取之鍉针于井荥分输**。

[浅解] 凡是脉气不足的虚弱患者,应该补其不足,不可再用泻的方法,因此应该用不刺入皮肤的鍉针,在各条经络循行线路的穴位上(井荥分输)使其气血流通。这种针与圆针的用途类似,但比圆针的刺激较强,因为他的针尖像黍粟一样,比圆针尖锐。

[原文] **病为大脓者,取以铍针**。

[引文]《灵枢·四时气》篇:徒𤸎,先取环谷下三寸,以铍针针之,已刺而筩之,而内之,入而复之,以尽其𤸎,必坚,来缓则烦悗,来急则安静,间日一刺之,𤸎尽乃止。(𤸎,音水,肿病也)

[浅解] 脓疡一类的疾病,应该用铍针,我们知道铍针是一种剑形的针,实际是外科用具之一,主要用途是排脓放水,例如《灵枢·四时气》篇说:"𤸎(徒𤸎是水肿之一,与风水相似,所不同者风水病有风有水,徒𤸎则有水无风)应该在环谷下面三寸的部位,用铍针泻水,这种泻水的方法,是刺了以后,用竹筒来放水,并且可以入而复刺,等到水快要放完的时候,最显著看到的就是肌肉比未放水前要坚实。因为水肿的时候,肌肉往往浮而软,水尽了当然肌肉就会恢复到正常一样坚实;用了这种方法以后,如果水流出慢,则患者仍有烦闷不舒的症状,水放出快,则患者就可以安静下来。这种病应当间日治疗一次,直到水肿退尽为止。"

[原文] **病痹气暴发者,取以圆利针**。

[引文]《灵枢·杂病》篇:膝中痛,取犊鼻,以圆利针。

[浅解] 痹症在急性发作的时候,应该用圆利针治疗,因为

圆利针可以刺到皮肤下面比较深层的部位，例如《灵枢·杂病》篇说："膝关节痛可以在犊鼻这个部位用圆利针针刺。"这种针与以上几种的用法和用途完全不同，目前临床上还在应用。

[原文] **病痹气痛而不去者，取以毫针。**

[引文] ①《灵枢·九针十二原》：黄帝问于岐伯曰："余子万民，养百姓而收租税，余哀其不给，而属有疾病；余欲勿使被毒药，无用砭石，欲以微针通其经脉，调其气血……"

[引文] ②《素问·缪刺论篇》：邪客于足少阳之络，令人留于枢中，痛髀不可举，刺枢中以毫针，寒则支留……

[浅解] 凡是疼痛的疾病，如果长久不好，可以用毫针来治疗。毫针就是微针，黄帝对他的臣子岐伯说：为了要收百姓的租税，又恐怕百姓一旦生病而不能耕种影响税收，因此他想在药物和砭石的治疗方法以外，用一种微细的针（指毫针）刺入到身体里面去疏通经脉，调和气血。又说：病邪侵犯到足少阳之络，这条经脉的循行在人体侧面停留在髋关节部位，疼痛不可举腿，可以用毫针刺枢中（环跳穴），如果属于寒性类型的，就应该用留针的方法。

[原文] **病在中者，取以长针。**

[引文]《灵枢·九针十二原》：长针者，锋利身薄，可以取远痹。

[浅解] 凡是不在表浅而在深层的疾病，应该用长针。《九针十二原篇》所谓："长针是一种针尖锋利而针身不粗的针，可治疗比较在深层的疾病。"（远痹）例如治疗髀枢痛（可能就是近代医学上所说的坐骨神经痛或髋关节一类的疾病），就需要用较长的针，因为肌肉肥厚的部位短针是不能满足临床实用的要求。

[原文] **病水肿不能通关节者，取以大针。**

[浅解] 关节间有了积水而浮肿，可以用大针刺之，放出

关节内所容积的液体。

以上是九针在临床方面应用的一般情况，归纳起来，大致可分为四类：

第一类：是应用于皮肤浅层浅刺放血的“镵针”，这类针，早不为临床针灸家所采用。

第二类：是应用于皮肤表面揩摩的圆针和鍉针，这二种针，由于毫针应用面广，因此现在已不采用了。

第三类：是刺割皮肤放血的锋针，排脓的铍针和逐水的大针，这三种只有锋针还在临床上应用，余者已极少使用了。

第四类：就是圆利针，毫针和长针，前二种应用范围较广，并且已经在实践过程中不断改进，在形态和尺寸方面，分出了粗、细、长、短等各种不同的种类；长针也列入到毫针范围之内，从《灵枢·九针十二原》篇及《官针》篇的记载，我们可以了解九针的形式不同，效用也各异，主要是按照病情来分别使用。

六、《内经》刺法简介

1. 九针应九变：这是九种不同的刺法，以适应九种不同的病变，刺法者，用针之方法也，内经汇集了各家临床经验，分成各种不同的刺法，以治各种不同的疾病，《灵枢》中有关这类记载比较集中，今摘录其要，以供参考。

（1）输刺

[原文]《灵枢·官针》篇：输刺者，刺诸经荥输脏腧也。

[浅解] 主要是刺诸经（十二经）荥输（穴道）藏腧（五脏腧穴）这种刺法，适用于热病遍身骨节疼痛，例如属于足太阳膀胱经的病，我们可以在本经的荥输藏腧，进行补泻。

（2）远道刺

[原文] 病在上，取之下，刺腑腧也。

[引文]《灵枢・始终》篇：病在上者取之下，病在下者取之高，病在头者取之足，病在腰者取之腘。

[浅解] 这是一种距离病灶较远部位的刺法，这种刺法的用途，以足太阳、足少阳、足阳明三条阳经居多，因为这三条经脉在身体上循行的路线比任何一条经为长，都是从头到足，遍及全身，所以应用范围也较广，例如治疗头面的疾病，刺手上的“合谷”穴或足上的“至阴”穴；牙齿痛刺“吕细”穴（太溪），腰痛刺膝腘窝的“委中”穴。

这都是“病在上，取之下，病在下，取之上”的远道针刺法。

(3) 经刺

[原文]《官针》篇：经刺者，刺大经之结络经分也。

[引文]《灵枢・禁服》篇：不盛不虚，以经取之，名曰经刺。

[浅解] 经刺，就是刺有病的这条经，不用什么表里主客的相配。不盛不虚以经取之，名曰经刺（即正常循行的经），所谓刺大经之结络就是指刺经与络之间的一种结聚不通的现象，属于泻法之一。

(4) 络刺

[原文] 络刺者，刺小络之血脉也。

[引文] ①《素问・调经篇》：病在血，调之络。

[引文] ②《灵枢・经脉》篇：诸刺络脉者，必刺其结上甚血者，虽无结，急取之，以泻其邪而出其血；留之，发为痹也。

[浅解] 主要是刺皮肤之间的小络。刺所有络脉的方法，必须刺它结聚的地方，甚血者，（血旺的人）虽然还没有结聚的现象，也应该马上用这种方法来泻掉它的病因，如果留在里面，就能成为一种闭塞不通的痹症。

(5) 分刺

[原文] **分刺者，刺分肉之间也。**

[引文]《素问·调经论篇》：病在肉，调之分肉。

[浅解] 所谓"分肉"可能就是在皮肤下面浅层筋膜的组织。"病在肉调之分肉"这就清楚地说明凡是肌肉的疾病。应该用分刺的方法。

(6) 大泻刺

[原文] **大泻刺者，刺大脓，以铍针也。**

[引文]《素问·调经论篇》：摇大其道，如利其路，是为大泻。

[浅解] 这种刺法相同于今天外科所用切开引流排脓放血的方法。摇大所刺的穴道好比打开一条出路，这就是大泻的刺法。

(7) 毛刺

[原文] **毛刺者，刺浮痹皮肤也。**

[浅解] 毛刺的方法，是刺浮痹皮肤，也就是病邪在皮毛之间，用浮浅的刺法。例如今天所用的梅花针（五枝针），七星针（七枝针），罗汉针（十八枝针）等，都是属于这种刺法。

(8) 巨刺

[原文] **巨刺者，左取右，右取左。**

[引文] ①《素问·调经论篇》：病在于左而右脉病者巨刺之。

[引文] ②《素问·缪刺论篇》：邪客于经。左盛则右病，右盛则左病，亦有移易者，左脉未已而右脉先病；如此者，必巨刺之。

[浅解] 巨刺是左病右刺，右病左刺的交错治法，凡是十二经那一经受病，表示病邪已经侵犯到与所属脏腑有关这条经脉，如此就必须刺受病的这条经的经穴。例如由外感引起的口眼歪斜，我们认为这种病邪的侵入是从肺经先感受，凡是

向左侧喎斜者，是属右侧有病，应该选用左侧的“合谷”为主穴之一。因为“合谷”是大肠经的原穴，与肺经是表里一合，这种交错的刺法就叫巨制。此外缪刺也是左右交错刺法，所不同者，巨刺刺其经穴，缪刺则刺络穴，在临床上该应有所区别。

（9）焠刺

［原文］**焠刺者，刺燔针，则取痹也。**

［引文］《灵枢·寿夭刚柔》篇：刺布衣者，以火焠之，刺大人者，以药熨之。

［浅解］焠是火灼的意思，用燔针治疗痹症的方法，就叫焠刺，燔针即烧而针之的火针。《灵枢·寿夭刚柔》篇谈到寒性病的治疗方法：“刺布衣者以火焠之；刺大人者以药熨之。”（布衣是当时对劳勤人民的称呼，大人是当时统治阶级自高的称呼），意思说：劳力的体质强壮，患这种寒痹，可以用焠刺的方法；大人们娇生惯养，体质薄弱，应该用药熨之的方法。

2. 十二刺应十二经：这十二种刺法，各有其不同之用途，也就是十二经不同疾病的刺法。

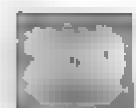
（1）偶刺

［原文］**偶刺者，以手直心若背，直痛所；一刺前，一刺后，以治心痹，刺此者，傍针之也。**

［浅解］偶是双数，偶刺是前后各刺的一种方法，术语叫“阴阳刺”（背为阳，腹为阴），这种方法适用于治疗心痹（心痹就是心气闭塞之病。）临床上所见者为胸痛一类的疾病，这种病可以用偶刺的方法，例如治疗胃脘痛，用上腹部的中脘穴，又用背部的胃俞穴。但是针刺的时候应该注意一点，就是要傍针（傍针者，斜刺以刺其傍，恐刺中内脏而发生意外）。

（2）报刺

［原文］**报刺者，刺痛无常处也，上下行者，直内无拔针，以左手随病所按之，乃出针，复刺之也。**



[浅解] 报刺就是重复的刺，适应于治疗疼痛游走不定的疾病。这种刺法，是随着疼痛部位而进行针刺，并且在针刺以后，可以留而不拔，再用左手按寻痛处，然后将针拔出，重行再刺，这种刺法一般应用在行痹。

（3）恢刺

[原文] 恢刺者，直刺傍之举之，前后恢筋急，以治筋痹也。

[引文]《灵枢·刺节真邪》篇：脉不荣则筋急。

[浅解]《灵枢·刺节真邪》篇："血脉不调和就会发生筋急"（筋急的症状是肌肉拘挛而疼痛），这种症状我们称它为筋痹，古人指出治疗这种病的方法，不必针刺在筋上，应该刺在筋的旁边，或前或后进行针刺，以恢复它的气，则筋急的现象就会消除。

（4）齐刺

[原文] 齐刺者，直入一，傍入二，以治寒气小深者，或曰三刺，三刺者，治痹气小深者也。

[浅解] 齐刺是三针齐用的刺法，一针刺其中，二针刺其傍，这种刺法用于寒气较深的痹症。由于这种刺法是三针并用，因此又称它为三刺。

（5）扬刺

[原文] 扬刺者，正内一，傍内四，而浮之，以治寒气之博大者也。

[浅解] 扬、是分散的意思，扬刺、是中间刺一针，周围刺四针的刺法。所谓浮者乃浅刺的意思，这种方法适用于肌肉方面寒气比较严重的疾病，例如皮肤知觉发生麻木不仁，就可以在麻木的局部用扬刺法。

（6）直针刺

[原文] 直针刺者，引皮乃刺之，以治寒气之浅者也。

［浅解］直针刺前不如我们临床上用爪切后才进针，这种方法，应该引皮（将针刺部位的皮肤提起后）进行直刺，这是一种浅刺中的深刺方法，所刺的部位不到肌肉，适应于寒气较浅的疾病。

（7）输刺

［原文］输刺者，直入直出，稀发针而深之，以治气盛而热者也。

［浅解］这里所介绍的输刺，和九刺中的输刺完全不同，九刺中的“输”是指“输穴”，这里的“输”是指“输泻”其邪的意义，这种刺法的操作，是直出直入（指用针的情况），稀发针而深刺（少刺几个穴位，但应该深而留之）。根据古人的经验，这种刺法可以治疗气盛而热的症状（气盛而热，是亢进现象，相等于我们所认为的实症），例如膝关节红肿热痛，我们在患部针刺，就往往采用深而久留的方法，在针灸临床上，往往可以采用温针的方法（温针即用其艾卷于针柄上燃烧，使针体发热，促进局部的血液循环，这种方法是脱胎于灸法，但应与灸法有所区别，近人往往误称为灸法，这是应该纠正的）。

（8）短刺

［原文］短现者，刺骨痹，稍摇而深之，致针骨所，以上下摩骨也。

［引文］《素问·长刺节论篇》：病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。

［浅解］短刺的意义并非是用短针来针刺，所谓短者，是渐渐进入的意思，这种针法是徐徐进针以后，稍摇其针而深入，使针尖直达骨之附近，上下摩擦，可以治疗骨痹。骨痹的主要症状是：四肢挛急，关节浮肿，不能举动，身寒衣不能热，脂枯，髓少，筋弱等现象。

（9）浮刺

［原文］浮刺者，旁入而浮之，以治肌急而寒者也。

［浅解］浮刺是一种表浅的刺法，与九针中的毛刺和本篇第五种的扬刺方法相似；所不同者，前者是多针浅刺，后者是少针浅刺。浮刺是适应于肌肉拘挛属于寒性方面的疾病。

（10）阴刺

［原文］阴刺者，左右率刺之，以治寒厥，中寒厥，足踝后少阴也。

［引文］《素问・厥论篇》：阳气衰于下，则为寒厥。

［浅解］阴刺是左右均取穴以刺，可以治疗寒厥病。中寒厥与足踝后少阴有关，寒厥的主要症状是：四肢厥冷、身冷、面青、蜷卧、指甲青暗、腹痛、不渴、小便自利、大便溏、完谷不化、不省人事、脉微迟等。类似临床上属于阳气不足虚脱--类的疾病。古人认为寒厥的发生是与足少阴肾经有关，因此必须在内踝后面足少阴肾经太溪穴左右并刺。也有人说：所谓阴刺者，刺其阴经也。

（11）傍针刺

［原文］旁针刺者，直刺旁刺各一，以治留痹久居者也。

［浅解］如果治疗留痹（留痹是指长久的痹症），可以用傍针刺的方法，这种方法是一正、一傍刺。正即刺它病这条经的经穴，傍者刺它有病这条经的络穴。例如治疗脾虚泄泻（消化不良）我们认为这种病与脾经有关，在选穴时我们考虑到傍针刺的刺法。选择足太阴脾经的经穴商丘、足太阴络穴公孙或取脾之大络大包穴。

（12）赞刺

［原文］赞刺者，直入直出，发针而浅之出血，是谓治痈肿也。

［浅解］赞是帮助的意思，赞刺是赞助痈肿外散的刺法，数发针而浅之，（下针很快，但是很浅）目的使患部出血，以解除局部瘀血的积滞，痈肿病应该采用这种方法。

以上十二种刺法，说明了深浅刺等在临床上不同的应用，值得我们进一步探讨。

3. 五刺应五脏

这五种刺法实际上与前面所介绍的各种刺法大同小异。所谓五刺应五脏者，就是说五种不同的刺法与内脏都有密切关系，古人认为五脏之气与外表的各部门如皮肤、肌肉、血管、骨骼等等是内外相应合的。五刺的应用，就是从针刺的深浅各异，而产生不同的治疗作用，使我们建立起内外相应的统一观念。

（1）半刺

[原文]《灵枢·官针》篇：半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气，此肺之应也。

[浅解] 相似于十二刺法中的毛刺，针入很浅而下针很快，不损伤肌肉。针刺的方法，好像一根毛那样的手法，主要是使皮肤感受一下刺激。古人有“肺主皮毛”之说，因此这种刺法与肺有关。

（2）豹文刺

[原文] 豹文刺者，左右前后针之，中脉为故，以取经络之血者，此心之应也。

[浅解] 豹文是描写针刺部位较多，形如豹文之点。其目的要刺中它的络脉而放血。古人有“心主血”之说，因此说，这种刺络脉的方法，是与心有关。

（3）关刺

[原文] 关刺者，直刺左右，尽筋上，以取筋痹，慎无出血，此肝之应也，或曰渊刺，一曰岂刺。

[浅解] 这种刺法，可以在四肢左右筋尽的地方去刺。盖筋尽之处，一般都是关节附近，因此称它为关刺。所谓痹，已在十二刺法中的“恢刺”里面提到过。古人有“肝主筋”之说，因此说它与肝有关系。

(4) 合谷刺

[原文] 合谷刺者，左右鸡足，针于分肉间，以取肌痹；此脾之应也。

[引文]《素问·长刺节论篇》：病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹。伤于寒湿，刺大分小分，多发针而深之。

[浅解] 凡是肌痹（病邪在肌肉方面），可以用合谷刺。所谓合谷刺者，并非指"合谷"穴的针刺，而是溪谷穴用合刺的方法，它的针刺方法，是进针以后，针尖分几个方向在分肉之间斜刺，状如鸡足一般，所谓合谷刺者，也就是在一个穴位中，多发针而深刺的方法。古人有"脾主肌肉"之说，因此说这种刺法与脾有关系。

(5) 输刺

[原文] 输刺者，直入直出，深内之至骨，以取骨痹；此肾之应也。

[引文]《素问·长刺节论篇》：深者，无伤脉肉为故，其道大分小分，骨热病已止。

[浅解] 这里的输刺与十二刺法中的输刺完全相同；主要是输泻骨节间的病邪，《素问·长刺节论篇》说：病在骨，必须用深刺的方法，下针应当从大小分肉之间刺，不要损伤脉内的气，直到针刺的部位发生热的感觉以后，病就可以痊愈，所以治骨痹的方法，必须"深内之至骨"。古人有"肾主骨"之说，所以说这种刺法与肾有关系。

以上五种刺法，是说明针刺的深浅及用法，可以治疗与内脏有关的各种疾病，这是古人刺法中又一部分的经验。

七、《内经》刺法补泻的运用

占代刺家，非常重视刺法操作的掌握，也就是今天要谈的

补泻问题，根据古人经验，在运用补泻的过程中，十分注意患者的“神”和“气”的变化和作用。

1. 治神

[原文] ①《素问·宝命全形论篇》：**凡刺之真，必先治神。**

[浅解] 刺法的主要问题，必先掌握病人的精神和气血活动的情况，胸有成竹，才能决定用针方法。

[原文] ②《素问·八正神明论篇》：**故养神者，必知形之肥瘦，荣卫血气之盛衰。血气者，人之神，不可不谨养。**

[浅解] 我们应该如何来掌握调和身体里面的气血呢？那就必须了解病人的体质和营养等情况，从气血虚实方面来考虑用针的补泻。

[原文] ③《灵枢·九针十二原》：**粗守形，上守神……粗守关，上守机。**

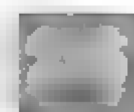
[浅解] 在《灵枢·九针十二原》篇里面，更明确指出，凡是单纯看病人的外形，不了解病人内部的一般情况，是粗工。因此在治疗上只是根据四肢关节部位而施治，不顾到气血情况（粗守关）；反之，如能根据病人的体质、营养、精神等情况，在治疗上能掌握气血之往来，而运用补泻，这就是能“守神”“守机”的上工。

这种理论，促使我们在临床上建立起整体的观点，如果和那些头痛医头，脚痛医脚的狭隘看法相比，显然有本质的不同，这是祖国医学思想的基本精神。

2. 候气

[原文]《灵枢·九针十二原》：**刺之要，气至而有效，效之信，若风之吹云。**

[浅解] 所谓“气”，从身体内部来讲，是其机能和作用，在针的刺激方面来讲，是指其感应，因此说针刺作用的关键问题，必须要有了感应才产生效果，见效很快，好像风吹云飞



一般。

3. 补虚泻实的基本法则

[原文]①《素问·通评虚实论篇》:**邪气盛则实,精气夺则虚。**

[浅解]凡是病正在发展的时候就是"实"症,如果病发展到极点而使病人的抵抗力削弱到十分严重程度就是"虚"症,在治疗上就必须抓住这个基本法则。

[原文]②《灵枢·九针十二原》:**凡用针者,虚则实之,满则泄之,宛陈则除之,邪胜则虚之。**

[浅解]掌握虚实的基本法则以后,在用针问题上应该注意补虚泻实的用法。宛陈(郁积)应该用出血的方法;病邪亢进的时候,应该用泻的方法。

[原文]③《素问·宝命全形论篇》:**刺虚者,须其实;刺实者,须其虚。**

[浅解]这就是要我们在刺法上掌握这个法则,使衰弱的现象兴奋为补,亢进的现象减退为泻,这样就可以调整身体气血不正常所引起的病变。

以上仅是根据内经片断记载,以说明补泻的基本法则,在临床上怎样具体应用补泻方法,《灵》、《素》关于这方面的记载甚多,但各篇分散,今举其要,分别介绍:

(1)以呼吸为补泻

[原文]《素问·离合真邪论篇》:**吸则内针,无令气忤;静以久留,无令邪布;吸则转针,以得气为故;候呼引针,呼尽乃去;大气皆出,故命曰泻……呼尽内针,静以久留,以气至为故,如待所贵,不知日暮;其气适自而护;候吸引针,气不得出,各在其处,推阖其门,令神气存;大气留止,故命曰补。**

[浅解]这是指随吸进针,随呼出针,属泻法;随呼进针,随吸出针,属补法。其主要精神,就是进针和出针要根据病人

呼吸的动态，这种方法，目前针灸临床家已很少应用。

（2）以出血和不出血为补泻

［原文］**神有余，则泻其小络之穴出血，勿之深斥，无中其大经，神气乃平；神不足者，视其虚络，按而止之，刺而利之，无出其血，无泄其气，神气乃平。**

［浅解］凡是病情属于实的，不妨泻它小络附近的穴位放血，不能太深，也不要刺它的大经脉，则病人的亢进就能平静下来；如果病情是属于虚的，那么根据这一条已经出现虚弱现象的络脉，施以针刺，既不要放血，又不要泄它的气，只要疏通一下，则衰弱的现象也就能平静下来。这说明针刺时，放血是属于泻法，不放血属于补法。

（3）以用针徐疾为补泻

［原文］**《灵枢·九针十二原》：徐而疾则实，疾而徐则虚。**

［浅解］这里所说之虚实，并非指病情之虚实，而是指针刺补泻之作用；这种补泻之运用，主要根据进针出针的速度，凡是进针慢而出针快是补法；进针快而出针慢是泻法。

（4）以迎随为补泻

［原文］①**《灵枢·始终》：泻者迎之；补者随之；知迎知随，气可令和；和气之方，必通阴阳。**

［原文］②**迎而夺之为泻，随而济之为补。**

［浅解］所谓迎随者，乃指气血之逆顺而言。如何掌握迎随补泻，首先应了解经脉之循行和始终，明确了这个问题以后，根据进针后针尖的方向，逆其经脉之循行，谓之迎；顺其经脉之循行，谓之随，这就是针尖迎随的方法。另有一种用插提的手法也叫做迎随，主要是与营卫的理论有关。具体应用上是根据刺入的深浅来分别的，它的用法是：进针后见气方至，速退针行之，就是迎；见气已过，然后进针追之，就是随。

以上仅是从补泻方法中举出数种，并不包括补泻方法的

全部。

八、针刺深浅在补泻上之重要关系

［原文］《素问·刺要论篇》：**病有浮沉，刺有深浅，各至其理，无过其道。**

［浅解］针刺的深浅，与补泻有不可分割的关系，由于深浅不同，身体的感受不同，发生之作用当然亦各异。用针的时候，应浅则浅，应深则深，不能超过一般的规定。《内经》关于这方面的记载甚多，主要根据以下数点：

1. 根据脉象变化而定深浅

［原文］《灵枢·邪气藏府病形》：**诸急者多寒，缓者多热，大者多气少血，小者气血皆少，滑者阳气盛微有热，涩者多血少气微有寒。是故刺急者，深内而久留之；刺缓则浅内而疾发针，以去其热；刺大则微泻其气，无出其血；刺滑者疾发针而浅内之，以泻其阳气而去其热；刺涩者，必中其脉，随其逆顺而久留之，必先按而循之；已发针，疾按其痏，无令其出血，以和其脉；诸小者，阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药也。**

［浅解］这是说明不同的脉象，是不同性质疾病的反映。针刺的时候，应该根据脉象的变化而鉴别疾病的寒热虚实，再从这样的基础上来决定用针的快慢和深浅，通过不同的刺激，可以发生补泻作用。

2. 根据外形、体质、年龄而定深浅

［原文］①《灵枢·逆顺肥瘦》：**年质壮大，血气充盈，肤革坚固，因加以邪，刺此者，深而留之。**

［浅解］这是指壮年人身体比较结实，有了病，要用深刺而留针的强刺激。

［原文］② **此肥人也，广肩腋，项肉薄，厚皮而黑色，唇临**

临然，其血黑以浊，其气涩以迟，其为人也，贪于取与，刺此者深而留之，多益其数。

[浅解] 这是指体形肥胖的彪形大汉，对这类人，不但应该深刺而留针，并且还要增加针数。

[原文] ③ **瘦人者，皮薄色少，肉廉廉然，薄唇轻言，其血清气滑，易脱于气，易损其血；刺此者，浅而疾之。**

[浅解] 这是指体质瘦弱的人，应该用浅刺而迅速拔针的方法，否则就容易使他气血受到损害而更虚。

[原文] ④ **刺常人奈何？……视其白黑，各为调之，其端正敦厚者，其气血和调，刺此者无失常数也。**

[解浅] 这是指肥瘦适中的人，刺法应该根据正常一般的方法。

[原文] ⑤ **刺壮士，真骨坚肉，缓节监监然，此人重则气涩血浊，刺此者，深而留之，多益其数，劲则气滑血清，刺此者，浅而疾之。**

[浅解] 这是指年轻的壮士，要根据他的气血情况来决定深刺留针，或浅针而不留针。

[原文] ⑥ **婴儿者，其肉脆，血少气弱，刺此者，以毫针浅刺而疾发针，日再可也。**

[浅解] 这是指小儿的用针，因为体质还没有发育得好，所以只能用毫针浅刺而不留针的方法，不妨一天刺二次。

3. 根据四时季节而定深浅

[原文]《**灵枢·始终**》：**春气在毛，夏气在皮肤，秋气在分肉，冬气在筋骨；刺此病者，各以其时为齐。故刺肥人者，以秋冬之齐，利瘦人者，以春夏之齐(齐与剂通)。**

[浅解] 这不仅指出了针刺的深浅必须根据时节，在春夏两季宜用浅刺的方法，秋冬两季宜用深刺的方法，因为时季之不同，受病之深浅亦各异，用针的深浅也应该根据病的深浅而

决定，这就叫做“随时以为剂”。

以上数点并非在临床上机械地、孤立地应用，必须联系起来，因人而施，因病而施，灵活掌握。

九、刺禁

1. 五夺不可泻

[原文]《灵枢·五禁》：**形肉已夺，是一夺也；大夺血之后，是二夺也；大汗之后，是三夺也；大泄之后，是四夺也；新产及大血之后，是五夺也。**

[浅解] 夺的含义乃是正气（抵抗力）受到病邪严重的损害。例如：① 久病消瘦虚弱，达于极点。② 严重贫血之后，身体各部分都缺乏血的营养。③ 大汗之后，水分显著缺乏。④ 狂泻以后，体力受到严重损害。⑤ 新产的产妇或大出血之后。由于以上五种原因，而促使身体衰竭，均不可用泻法，这是临床上应该注意的。

2. 五逆不可刺

[原文]《灵枢·五禁》：**① 热病，脉静，汗已出，脉盛躁，是一逆也。② 病泄，脉洪大，是二逆也。③ 着痹不移，䐃肉破，身热脉偏绝，是三逆也。④ 淫而夺形，身热，色夭然白及后下血衃，血衃笃重，是谓四逆也。⑤ 寒热夺形，脉坚搏，是谓五逆也。**

[浅解] ① 发热的时候，一般应当脉搏大些，但反而脉象很静，没有洪数的脉象，这是一种邪盛正衰的现象，出了汗，照理应该脉搏很安静，但反见盛躁的现象，说明病邪尚在猖獗，这种反常的情况，称之为逆。② 泄泻后，一般脉应较弱些，但反见洪大，说明病势还未除去，所以称它谓逆。③ 着痹是知觉麻木不仁的病，长久不愈，能使肘膝附近的肌肉破溃，在发

热的时候，脉象应洪而有力，今见偏绝现象是预后不良，所以亦称它谓逆。④ 病严重到非常虚弱的程度，还是发热，面色白得很惨，并且大便中有血衃(凝黑的血)血衃是十分危险的症状，因此亦称它谓逆。⑤ 发热长久，使身体消瘦脱形，照理脉象应该软弱无力，但反见硬而有力，这也是逆的现象。

以上这五种情况，主要是症候与脉象出现了相反的现象，脉症相逆的症状，一般均不宜用针刺。

3. 根据病人的生活起居而论刺禁

[原文]《灵枢·始终》：**新内勿刺，已刺勿内；已醉勿刺，已刺勿醉；新怒勿刺，已刺勿怒；新劳勿刺，已刺勿劳；已饱勿刺，已刺勿饱；已饥勿刺，已刺勿饥；已渴勿刺，已刺勿渴；乘车来者，卧而休之，如食顷，乃刺之；出行来者，坐而休之，如行十里顷，乃刺之；大惊大恐，必定其气，乃刺之。**

[浅解] 古人在用针前后，非常注意病人的生活起居，教导医者要根据各种情况，然后用针。主要由于脉乱气散，精神不定。临床上每易因此而晕针者，故不得不加注意。

4. 根据人体部位的刺禁

[原文] ①《素问·刺禁论篇》：**刺面，中溜脉，不幸为盲。**

[浅解] 针刺面部，如果刺破了溜脉，能使眼睛失明(所谓溜脉，是与眼睛相通的血管)。

[原文] ② **刺头，中脑户，入脑立死。**

[浅解] 脑户、是头部的一个穴位，在枕外粗隆上缘，如果深刺以后，会损害脑部而促成死亡。

[原文] ③ **刺舌下，中脉太过，出血不止为瘖。**

[浅解] 如果刺伤了舌下的络脉，流血不停，则发生言语障碍之症。

[原文] ④ **刺气街，中脉，血不出，为肿鼠仆。**

[浅解] 气街就是胃经的气冲穴，在鼠体部，刺伤了股动

脉以后，引起内出血，形成鼠仆（如鼠伏之状）那样的肿块。

［原文］⑤ **刺脊间，中髓，为伛。**

［浅解］刺脊椎间，刺伤脊髓，会使身体不能立直。

［原文］⑥ **刺缺盆中，内陷气泄，令人咳喘逆。**

［浅解］"缺盆"的位置，是在两侧锁骨凹陷之处，如深刺以后，可以刺伤肺尖而引起气急及咳嗽的现象，例如在"肩井"深刺，能引起气逆而晕厥，临床上是引以为戒的。

十、《内经》刺灸治疗摘要

1. 刺风

［原文］①**《素问·长刺节论篇》：病大风，骨节重，须眉堕，名曰大风。刺肌肉为故，汗出百日，刺骨髓汗出百日，凡二百日，须眉生而止针。**

［浅解］大风就是疠风，它的主要症状是骨节运动不便，胡须及眉毛均脱落，轻者病在腠理，故当刺肌肉以泄阳分之毒，从汗而散。重者须刺骨髓以泄阴分之毒（这里所说之阴阳是节指病的深浅），也要从汗而散，大约二百天（半年以上），胡须及眉毛重生，表示病已痊愈，就可停止用针。

［原文］②**《素问·风论篇》：疠者，有荣气热胕，其气不清，故使其鼻柱坏而色败，皮肤溃疡。**

［原文］③**《灵枢·四时气论》：疠风者，素刺其肿上，已刺，以锐针针其处，按出其毒气，肿尽乃止。**

［浅解］从疠风的症状来看，很像麻风，《素问·风论篇》说：疠这种病主要是血份不清，它的症状是皮肤破溃，鼻柱也烂坏，治疗的方法可以用针刺它肿起的皮肤上，并且用锐针（类似镵针）针其患处，再用手按出它的恶毒之气（瘀血），直等到肿退了才停止用针。古人对疠风症状不仅早有认识，并进

一步观察到这种疾病有传染性，在六世纪中叶，当时有些寺院将部分房屋辟为"厉人坊"男女分居，进行隔离，到第七世纪初，又进一步由当时政府派员管理这项工作，可以说是中国历史上最早的一个隔离医院。

[原文] ④《素问·风论篇》：**偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之间，巨针取之，益其不足，损其有余，乃可复也。**

[浅解] 偏枯是形容病状，好比像一棵树，一半树叶枯掉了，也就是半身不遂的偏瘫症。《素问·风论篇》说：如果半身不能动而且感觉到痛，说话很清楚，神智不昏迷，病在肌肉腠理之间，可以用巨针巨刺其经。但首先应该观察病情之虚实，然后决定或补或泻，则病可以好转。

[原文] ⑤《骨空论篇》：**风从外入，令人振寒汗出，头痛身重恶寒，治在风府，调其阴阳，不足则补，有余则泻。**

[浅解] 外邪侵入人体，可以产生怕风、出汗、头痛、肢体沉重及怕冷等症状，可刺"风府"穴，用补泻的方法来调和人体上不平衡现象（不足是指正气，有余是指病邪）。

2. 刺癫狂

[原文] ①《灵枢·癫狂》：**癫疾始生，先不乐，头重痛，视举目赤甚，作极已而烦心，候之于颜，取手太阳（支正穴、小海穴）、阳明（偏历穴、温溜穴）、太阴（太渊穴、列缺穴），血变而止。**

[浅解] 古人观察到癫病的开始，是闷闷不乐，头重而痛，眼睛发红，发作到十分厉害的时候，就会出现烦心急燥不宁的情形；可以从患者面部表情而预知病将发。这种病可以刺手太阳支正、小海，手阳明偏历、温溜，手太阴大渊、列缺等穴，用泻法放血，血色变为正常时即止。

[原文] ②《灵枢·癫狂》：**癫疾始作，而引口啼呼喘悸者，**



候之手阳明太阳，左强者，攻其右，右强者，攻其左，血变而止。

[浅解] 在癫痫刚发的时候，患者引口啼呼（嘴牵引歪而叫），治疗时应该在手阳明太阳二经采用缪刺的方法，到放出的血色变成正常时为止。

[**原文**] ③**《灵枢·癫狂》：狂始发，少卧不饥，自高贤也，自辩智也，自尊贵也，善骂詈，日夜不休；治之取手阳明、太阳、太阴，舌下少阴，视之盛者，皆取之；不盛，释之也。**

[浅解] 精神病初发症状是：不想睡，不想吃，自以为是的暴露出各种理智失常的现象，这种病可以取手阳明（大肠）偏历、温溜二穴，手太阳（小肠）支正、小海，手太阳（肺）太渊、列缺，舌下任脉廉泉穴及手少阴（心）神门、少冲，病势严重的，这些穴可以一齐用，不严重的可以选择而用。

3. 刺头痛

（1）因外伤引起头痛的刺法

[**原文**]**《灵枢·厥病》：头痛不可取于腧者，有所击堕，恶血在于内。若内伤肉痛未已，可则刺，不可远取也。**

[浅解] 有些头痛，因击堕受伤所引起，里面有瘀血阻塞，如果局部的肌肉伤痛还没有消除，应在患处侧刺（斜刺），不可远取腧穴。

（2）因头部血旺引起头痛的刺法

[**原文**]**《灵枢·厥病》：厥头痛，头痛甚，耳前后脉涌有热，泻出血后，取足少阳。**

[浅解] 这种剧烈的头痛，主要是头部血管有热（充血）的现象，应该先取颞颥部的少阳经穴位，例如丝竹空（手少阳）透率谷（足少阳）沿皮深刺，微出血，然后再取足少阳本经的侠溪，这是上病下取，治取本经的治法。

（3）偏头痛的刺法

[**原文**] **头半寒痛，先取手少阳阳明，后取足少阳阳明。**

［浅解］偏头痛的配穴方法，先取手少阳之丝竹空及手阳明之合谷，后取足少阳之风池、侠溪及足阳明之头维、丰隆等穴。

4. 寒热的刺灸

（1）刺寒热

［原文］《灵枢·寒热病》：皮寒热者，不可附席，毛发焦，鼻槁腊，不得汗，取三阳之络，以补手太阴。肌寒热者，毛发焦而唇槁腊，不得汗。取三阳以下，以去其血，补足太阴以出其汗。骨寒热者，病无所安，汗注不休。齿未槁，取其少阴于阴股之络；齿已槁，死不治，骨厥亦然。

［浅解］发热在表浅的时候，由于皮肤疼痛，不能够靠近席，毛发不滋润，鼻腔里很干燥，此邪在表，当从汗解，如不得汗，应先泻三阳之络（即太阳之络穴飞扬）以发汗，补手太阴肺经之络穴列缺以助肺气。

寒热较里的时候，肌肉疼痛，毛发不滋润，嘴唇很干燥，这个时期，还是当从汗解。如不得汗，应先取三阳于下（飞扬），用出血的泻法，然后再补足太阴脾经大都、太白就可以发汗。

病邪已经到了较深的阶段，由于津液不足而引起烦躁不安，汗出不停，若没有牙齿枯燥的现象，还可以治疗，应当刺足少阴络穴大钟；如果牙齿很干燥，表示津液已经枯燥到极点，这种病就难治，骨厥的病也是一样。

这是指寒热不同，刺之亦异，在临床上必须辨证论治，灵活掌握。

（2）灸寒热

［原文］《素问·骨空论篇》：灸寒热之法，先灸项大椎，以年为壮数，次灸橛骨，以年为壮数；视背俞陷者灸之，举臂肩上陷者灸之，两季胁之间灸之，外踝上绝骨之端灸之，足小指次指间灸之，腨下陷脉灸之，外踝后灸之，缺盆骨上切之坚痛如

筋者灸之，膺中陷骨间灸之，掌束骨下灸之，脐下关元三寸灸之，毛际动脉灸之，膝下三寸分间灸之，足阳明跗上动脉灸之，巅上一灸之。

［浅解］此节之寒热非外感之寒热，乃是指鼠瘘（类似淋巴结核）一类疾病的虚劳寒热，因此适用灸法。原文中首先指出灸大椎的方法，其次又说缺盆骨上（即锁骨上面的颈部）切之坚痛（按上去又硬又痛）如筋一般的患者，可以用灸的方法，可见这种寒热的性质是属于虚劳方面，决非外感之病因。视背俞陷者灸之（风门、肺俞）。按：举臂上陷者为肩髃穴，两季胁之间为京门穴（肾募），外踝上之绝骨之端为阳辅穴，足小指次指间为侠溪穴，腨下陷脉为承筋穴，外踝后为昆仑穴，膺中陷骨为天宗穴，掌束手下为阳池穴，毛际动脉为气冲穴，膝下三寸分间为三里穴，足阳明跗上动脉为冲阳穴，巅上为百会穴。

5. 刺腰痛

《素问·刺腰痛篇》，列载各种原因腰痛之刺法，今略举数例如下：

［原文］① **腰痛，侠脊而痛至头，几几然，目䀮䀮欲僵仆，刺足太阳郄中出血。**

［浅解］因为病邪在足太阳本经，所以刺委中以泄其邪，这是经刺的方法。

［原文］② **腰痛引小腹控胁，不可以仰，刺腰尻交者，两踝胂上……发针立已，左取右，右取左。**

［浅解］腰痛牵连下腹部，按住了胁下肋之软处，可以刺腰下两旁尻骨之肌肉上，针了很快就能好转，必须用缪刺的方法。

［原文］③ **衡络之脉，令人腰痛不可以俛仰，仰则恐仆，得之举重伤腰，衡络绝，恶血归之，刺之在郄阳筋之间，上郄数**

寸，横居为二痏出血。

［浅解］衡络就是横络，乃是足太阳经之外络，衡络的经路，行自腰中，横出髀外后廉而下于胭中，（如坐骨神经之路线）古人认为如果因伤而使衡络阻绝，恶血停滞，可以取郄阳筋之间的委阳穴和再向上尺寸的殷门穴，刺之出血，泻其邪。

6. 刺心痛

《灵枢·厥病》说的心痛，包括范围颇广，从它所载各种心痛的症状来看，显非真正的心痛。古人以脏腑分成五种类型之心痛，主要说明脏腑气滞，能引起胸痛之症状，兹举一例引证。

［原文］《灵枢·厥病》：厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也，取之"大都"、"太白"。

［浅解］从症状上分析，可知所谓心痛之心，乃是指疼痛的部位在心之附近而言，胃心痛正说明这个痛区与胃有关，腹胀胸满，是胃中积滞的缘故，因此取穴便着重在与胃经相表里的脾经大都（荥）、太白（输），《厥病》篇所指出脏腑之心痛，尚有脾心痛、肺心痛、肝心痛、肾心痛，而真心痛在篇中也有记载。

［原文］真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。

［浅解］真心痛，痛起来十分厉害，四肢要冷过肘膝关节，肯定是不治之症，这说明古人的临床观察，是非常正确的。

7. 刺疟

祖国医学书籍关于疟病的记载很早，在殷商时代（约公元前 1562～1066?）的甲骨文中，就有"疟"的记载。古人对这种病的认识虽然不能如今天那样详细，但是对于症候群的观察是相当细致的。

《素问》中除了《疟论篇》详述疟病之症状及病因等以外，

复有《刺疟篇》专载刺灸疟的方法，这里仅摘其数条，以说明古人刺疟的经验。

《刺疟篇》[原文]：

(1) 足太阳之疟，令人腰痛头重，寒从背起，先寒后热，熇熇暍暍然，热上汗出难已，刺郄中(委中穴)出血。

(2) 足少阳之疟，令人身体解㑊。寒不甚，热不甚，恶见人，见人心惕惕然，热多汗出甚，刺足少阳(侠溪穴)。

(3) 足阳明之疟，令人先寒，洒淅洒淅寒甚，久乃热，热去汗出，喜见日月光火气乃快然，刺足阳明跗上(冲阳穴)。

(4) 足太阴之疟，令人不乐，好太息，不嗜食，多寒热，汗出，病至则善呕，呕已乃衰即取之(公孙穴)。

(5) 足少阴之疟，令人呕吐甚，多寒热，热多寒少，欲闭户牖而处，其病难已(太溪穴、然谷穴)。

(6) 足厥阴之疟，令人腰痛，少腹满，小便不利如癃状，非癃也，数便，意恐惧，气不足，腹中悒悒，刺足厥阴(太冲穴)。

[浅解] 古人对疟疾症状的观察，分为五种不同的类型，而用五种不同部位施以针刺，例如：

(1) 足太阳疟，其主症为腰痛头重，背部先发冷，先冷后热，因为太阳经的循行是从头部后面沿腰背而下行，热起来熇熇(热如烧火)暍暍(如伤暑一般热气极盛之义)然，等到热退的时候，就出汗，应该刺足太阳委中穴放血。

(2) 足少阳疟，主症是解㑊，发冷和发热的症状都不顶厉害，怕看见人，见了人心里很恐惧的样子，热多汗出亦多，应该刺足少阳经侠溪穴。

(3) 足阳明疟，先洒洒淅淅地怕冷，经过较长期的发冷后，才转发热，热退汗也出，欢喜温暖后感觉愉快，应刺足阳明跗上(冲阳穴)。

(4) 足太阴疟的主要症状是精神忧郁不乐，不想吃东西，

有寒热，出汗，伴有呕吐，呕吐以后，体力比较衰弱，即取足太阴经公孙穴。

（5）足少阴疟的主症是呕吐非常厉害，体温高，热多冷少，他所住的地方欢喜把门窗关上，这种病不容易就好，虽然《刺疟篇》未载治疗经穴，但我们可以在本经的太溪（络穴）或然谷（荥穴）。

（6）足厥阴疟的主症有腰痛及腹部发胀，小便不利，如癃闭之状，但实际上并不是癃闭，乃是一种小便好像很急欲解的现象，腹内悒悒（很不舒服），可以刺足厥阴经太冲穴。

除此之外，在临床上更有价值的，即刺疟时间的掌握，古人十分重视。

［原文］《刺疟篇》：凡治疟，先发，如食顷，乃可以治，过之，则失时也。

［浅解］刺疟应当治之于未发之先，而不可治之于疟发之后。古人的经验告诉我们，必须在发病前大概距离吃一餐饭的时间针刺，容易见效，否则就要失去机会而无效，这种经验流传到今天，还在临床上应用，确是一个值得引起研究的问题。

8. 刺四肢

［原文］《灵枢·始终》：膺俞中膺，背俞中背，肩髆虚者取之上。

［浅解］古人认为病有阴阳之异，阴经在膺，治阴病当取膺俞而必中其膺；阳经在背，治阳病者当取背俞而必中其背，手之膺俞如手太阴之中府穴、云门穴，手厥阴之天池穴，手之背俞，如手太阳之肩髎、天髎穴，手太阳之天宗穴、曲垣穴、肩外俞穴等，如果上肢有酸痛或麻木，属虚者均可取之。

［原文］《素问·骨空论篇》：蹇膝伸不屈，治其楗，坐而膝痛，治其机。

［浅解］蹇膝是膝关节病，属天寒性者，如鹤膝风之类，酸痛以后举动艰难，只能伸不能屈，应该治其楗（股关节之前方）。如果坐了以后膝关节感觉疼痛，应当刺大转子环跳穴。

［原文］膝痛不可屈伸，治其背内。

［浅解］膝关节疼痛，屈伸功能有障碍，除了在局部针刺以外，可以取足太阳经大杼穴，盖大杼是骨之会穴也，是下病上取之刺法。

小结

两次讲座简单介绍了我国针灸医学的一些概念，第一讲内容以经脉及经穴学说为重点，第二讲以刺法及临床应用为重点。引用经文115条，材料之整理主要根据《灵枢》、《素问》。众所共知，这两部书是祖国医学经典著作之一，它们不仅总结了秦汉以前各家的针灸经验，同时也是秦汉以后针灸医学发展的基础，这是我们祖先传给我们的宝贵遗产，而这份遗产的整理和研究正落在我们每个医学科学工作者的肩上。为了使我国医学在最近期内迎头赶上国际水平，就有必要让我们抽出一部分精力和时间在祖国医学的宝藏里面深入发掘一些有益于人民保健事业的医疗经验，使现代医学的内容更加丰富、更加完备，此次讲材的整理由于我们缺乏经验，肯定存在着很多缺点，希望大家批评指正。

针 灸 学 概 述

一、针灸疗法的起源和发展

中国历史文化，远在公元前 2500～3000 年(距今约四五千年之间)这一段时期中就发展起来，我们祖先通过长期的劳动，产生优越的智慧，创造了生活必需的条件。祖国医学，也开始从这一阶段孕育起来，从砭石疗法，进而发明针灸，这是很自然的事。

当初，针和灸并不是同在一个地域或同一个时间内连带发明的，只要看《素问·异法方宜论篇》这一篇里边说“砭石从东方来，毒药从西方来，灸焫从北方来，九针从南方来，导引按蹻从中央来。”可见古代治病方法，各地不同，因为这时各地各有聚居的部落，它们为了适应各地的环境，在长期和疾病作斗争的过程中曾各自发明简单治病的法子，各自经过无数次试验，各成为独到的经验，可惜这种经验还是分散的，直到黄帝、岐伯时代，我们祖先的智慧更有进步，懂得整理的办法，把已经被大众所承认的，确实医得好毛病的，这些分散的经验综合起来，作出有系统的说明(注：《内经》是中国最古的一部医书，虽然出于秦汉时代人的手笔，但是这些根据，都是从古代来的，而且黄帝战蚩尤，造指南车，确有其人，所以此书当是秦汉时代人搜集祖先遗著而成)，所以，我们祖国医学的创造，是从实践而来的，是从积累经验而来的，并且是把各方面的经验

加起来的(注：黄帝问曰："医之治病也，一病而治各不同，皆愈，何也?"岐伯对曰："地势使然也")，因为这些经验它能够解决疾病的问题，这里面自然有符合科学的地方，因之能流传几千年，直到现在，我们所要发扬的针灸疗法，自然也是其中的主要部分。

前面曾说，砭石从东方来，灸焫从北方来，九针从南方来，它的发源是个别的，但到后来则渐渐接近，至唐代，已经专业化了。《新唐书·百官志》有针博士一人，针师十人，到宋代把针灸独立成科。它的演变，大致如下：

针的演变：《山海经》上说"高氏之山，有石如玉，可以为针，则砭石也。"从这种记载，使我们理解到凡是粗糙的石质，不堪应用，必须像玉这样的石质，才能选择作为针的材料，这种"针"，就称为"砭石"(石质的针，没有法子把它磨得太细，用时宜乎斜刺或浅刺，对于直刺或深刺都有困难)，到了铜铁发明以后，有了金属品，用金属品制针，比石质为优，后来遂渐渐淘汰了砭石而发展了九针(注：后世称砭石失传难考，实际上是九针代替了砭石而且用磁锋出血，也叫做砭法)。

九针：① 镵针；② 员针；③ 鍉针；④ 锋针；⑤ 铍针；⑥ 员利针；⑦ 毫针；⑧ 长针；⑨ 大针。针砭都是外治的方法，所以九针之中，是包括外科放血放脓的用具，直到后世，才把细长毫针专门作为针科的用具，并且因为金属材料像铜质银质铁质金质都可以用来制针，所以，历代在应用上就有不同质地的针，至最近，大众习用的，是不锈钢和合金所制成的两种针为最多。

"金针"的名称，是指金属制成的针，不一定是指"黄金"做的针。

灸的演变：灸是用火灼的意思，灸法是用艾绒小圆灼于肌肤伤痛的地方，不是熏法。其来源是从偶然的灼伤，发现了

治疗的作用。乃结出治疗的经验，所以最初的灸，是以着肤为主的，到后世可能为了减少着肤烧灼的疼痛，才有隔蒜片灸、隔姜片灸等等办法，古代灸法治疗，不一定专用于痈疽毒疮外症，用于内科方面亦甚多。

拔火罐（也称为火罐气，也称为吸角）怎样开始，虽不能深考，但我们在晋唐医书中可寻到类似的记载，它的工具一般是用陶器作罐，这种疗法在民间的普遍性是妇孺皆知，根据这些理由，可能它的发明还在晋代以前，后来因为拔火罐也是热疗的一种，和灸相仿，所以和灸能并在一起，成为针灸的辅疗。

针灸的合并：针和灸本来是分开的，以前古书曾说过针即不灸，灸即不针，后来发现到针尾燃艾，也有传热的作用。但是我们要知道在针尾加艾，并非就是灸法。针法的本身是不加艾烧的，后来因为针尾燃艾的办法发生了良好的作用，到汉代把它定名称为温针（温针二字见于张仲景《伤寒论》中），到明代温针大为盛行，（杨继洲，《针灸大成》的作者，是善用温针的）但同时不燃艾加温的针法，仍旧一直在沿用，因其和温针有不同之点，后人觉得须加以区别，乃定名为冷针。由此可见，温针是后起的。

二、针灸疗法的历史文献

中国医学，除了上古由于迷信神权所遗留下来的祝由（神巫一类）以外，可以包括二大类，根据《内经》说，“……今世治病，毒药治其内，针石治其外”，所谓毒药，像本草药物草木、虫鱼、鸟兽等等，这是属于内服药物一类。所谓针石治其外，像针石、砭石、镵石，以及艾灸和其他包扎治伤等等，这是属于外治方法一类。到周、秦、汉时代，文字记载渐详，关于医学发展的文献，可考的地方更多，周代，有周官医师，掌医之政令（虽



然史载，神农命僦贷季理色脉，对察和齐，摩踵诎告，以利天下，也可以作为医政的开端，但以历史太久，其制度无从稽考）。分食医（掌天子的饮膳）、疾医（掌民间的内科病）、疡医（掌民间的外科病）、兽医（掌医疗牲畜的病），秦代有太医（掌全国的医药）、侍医（掌君主的医药），汉以后的医政，渐见完备，关于针灸方面的记载，如医和、医缓、秦越人扁鹊（周秦时代）淳于意、张仲景、华佗（西汉东汉）等，它们都是善用针灸的良医（注：张仲景推广伊尹汤液，朝内科方向发展，成为中国内科学者的鼻祖），但在当时，他们虽然掌握了针灸的技术为人治病，另一方面，也同样用内服汤药，所以针灸单独成为专科，在那时还没有迹象。

1. 针灸成“科”的原因

我们如果要找出一些后来针灸能够单独成为一科的原因，那么，我们是不难从它的历史发展中找到一系列的根据：

其一：古时有针经、针法、针论，这些都是针灸的典籍，曾特别为针灸创造了一个基础，到宋、元、明的时代中，针灸的专著更多，为分科充实了条件。

其二：单独用针灸见效的例子，历代都有。如：

（1）秦越人扁鹊（战国时代人）治虢太子尸厥，针下而太子苏醒，再用熨法，太子起坐，再服汤二旬而愈。

（2）淳于意（西汉时代人）治疝气，灸足厥阴之脉。治龋齿，灸左太阳阳明脉。治热厥，刺足心三处。

（3）张仲景（东汉时代人）治妇人热入血室刺期门。

（4）华佗（东汉时代人）治曹操风眩头痛，针之随手而愈。华佗弟子樊阿，从华佗习医，专精针灸之术。

（5）徐文伯（南齐时代人）针孕妇，泻足太阴，补手阳明，使孕妇的双胞胎下落。

（6）秦鹤鸣（唐时代人）治高宗风眩头痛，目不能视，刺百

会及脑户出血，应手而愈。

(7) 窦汉卿(金时代人)治死去经日者，若胸前稍温，针之即苏。

像这些指不胜屈，单独用针灸见效的事实，为后世针灸分科备具了有利条件。

其三：针灸的许多特点(见后面)，是其他科目所没有的，因之也成为后世分科的优越条件。

所以，有了以上这些条件，就成为后世分科的因素，到宋代铜人图发明以后，针灸的分科，更趋成熟。(注：宋时，医政十三科，风科、伤寒科、大方脉科、妇人科、胎产科、针灸科、咽喉科、口齿科、疮疡科、正骨科、金镞科、养生科、祝由科。又类经，大方、小方、妇人、伤寒、疮疡、针灸、眼、口齿、喉咙、接骨、金镞、按摩、祝由。)到明代杨继洲著《针灸大成》，大大推广了针灸的治疗范围，为分科建立了决定性的作用。

2. 历代重要的针灸文献

针灸医学著作，历史流传究竟有多少种类，我们还无法统计，现在如果把完备的著作，做一些初步的估计，那么从《黄帝内经》起以迄近代，已不下数百种。这里，我们再从历代重要而有代表性的著作选择若干种，分三部分介绍在后面，其一，是明代以前的文献；其二，是清代到现阶段的文献；其三，是国外发展概况及其文献。

(1) 明代以前的文献

1)《内经》：《素问》24 卷，《灵枢》24 卷，合成 81 篇，称为《黄帝内经》，此书把黄帝岐伯问答的遗言，载入其中，里边包括生理、解剖、病理、诊断、治疗各种内容，尤以关于针灸的篇目为多，是中国除了神农本草以外最古的医书(相传是秦汉时代人手笔，虽然生理解剖的记载，不尽可靠，但在 2 500 年前能够见到这许多东西，当然是很不容易的。

2）《难经》：是战国时秦越人扁鹊所著，它把《黄帝内经》加以发挥，内中生理解剖部分，虽未能和近代符合，但也有可采之处。

3）黄帝《针灸甲乙经》：此书是晋代皇甫谧所著，是《内经》、《难经》以后发挥针灸疗法的专门著作（距今约 1 700 年）。

4）《千金要方》：此书是唐代孙思邈所著，凡 93 卷，内中包括针灸疗法，对前代的著作，加以补充和发扬（距今约 1 000 年以上）。

5）《明堂人形图》：此书是唐代甄权所著，是一部完整的针灸图，对针灸疗法的取穴和后世的制图，有重大的帮助。

6）《外台秘要》：此书是唐代王焘所著，对针灸有补充部分。

7）《铜人针灸经》：此书不详作者姓名，大约是宋代人所著，对针灸医学有改进的作用。

8）《铜人针灸腧穴图》：此书是宋代王惟一（又作王惟德）所著，它制造针灸铜人模型，对经穴作了重要的改正，使针灸疗法迈进一大步，现在日本有铜人模型，就是中国流入的（距今约 900 年）。

9）《备急灸法》：此书是南宋张公涣所著，所载是治疗痈疽外症急救缢死溺死卒死以及毒物咬伤等症，是一部完备的灸法书籍。

10）《圣济总录》：此书是宋代政府所搜集的，内中对针灸有所补充。

11）《针灸资生经》：此书是宋代王执中所著。

12）《针经指南》（《标幽赋》）：此书是金代窦汉卿所著。

13）《十四经发挥》：此书是元代滑伯仁所著（距今约 600 年），对经脉的作用，有重大的发挥。

14）《金兰循经》：此书是元代忽必烈所著，有脏腑前后两

图，对十四经络流注有详细的注释，贡献于后世很大。

15)《针灸大成》：此书是明代杨继洲所著(距今约 400 年)，总结了前代针灸医书，流传于民间，为后世推广针灸疗法，起着很大的作用。

(2) 清代到现阶段的文献

1)《医宗金鉴》：此书是清代乾隆时吴谦等奉命撰述，共 74 卷，内中包括针灸部分，简单扼要。

2)《经脉图考》：此书是清代陈寿田著，对脏腑内景，经脉经穴，图解很精细，在《医宗金鉴》之后，是一部完备的针灸医书。

3)《针灸传真》：此书是直隶孙祥麟著(公元 1923 年)。

4)《针灸精萃》：此书是杭州袁栋材西医师著(公元 1932 年)。

5)《中国针灸治疗学》：此书是无锡承淡安著(公元 1932 年)。

6)《高等针灸学讲义》：此书是无锡缪绍予从日文翻译编述(公元 1931 年)。

7)《针灸秘笈》：此书是无锡赵尔康著(公元 1939 年)。

8)《针灸经穴便览》：此书是北京杨医亚著(公元 1941 年)。

9)《新编针灸学》：此书是西南区鲁之俊著，解放以后出版。

10)《新针灸学》：此书是朱琏著，解放以后出版。

11)《十四经分布图》：此图是陆瘦燕著，解放以后出版。

12) 人体经穴模型：此项模型，研制于 1954 年(陆瘦燕)。

(3) 国外发展概况及其文献

中国针灸疗法流传到海外，大约在 1 000 年以前，首先传到日本，曾有很多学者，进行研究，如冈本爱雄、驹井一雄、泽

田健、大久保适齐、三蒲谨之助、延命山氏等都著书立说，一方面教授学生，一方面推广疗效，使我国针灸疗法长期在日本流行，（日本是针和灸分开，称为针治学灸治学）并获得学术上和操作上一定的改进。

传到法国是在明清时代，因为当时西方盛行的是机械唯物，所以针灸不为当时法国政府所注意，但到近时则逐渐发展，在巴黎有两个"金针学会"每月开会一次，交流工作经验，另外，还有"金针工作者协会"和"金针国际会议"，都有相当的贡献，而且巴黎市的医院里，有的已设立针灸治疗的科目。

苏联方面，根据巴甫洛夫学说，近来对针灸疗法的研究有正确的发展，这些材料尚待陆续收集。

日本方面有关针灸的文献：①《医心方》：此书是日本宿弥永赖著，体例仿外台，凡 30 卷（日本圆融帝永观二年即公元 960 年）。②《图解经穴学》：此书是日本辰井文隆著（昭和七年即公元 1932 年）。③ 日本《针灸学》教科书：此书是日本山本新梧著（昭和九年即公元 1934 年）。④《经络经穴学》：此书是日本驹井一雄著（昭和十四年即公元 1939 年）。⑤《针灸临床治疗常识》：此书是日本马场和光著，医学书院出版，内容是研究灸治方法（昭和二十五年即公元 1950 年）。

三、针灸的特点

针灸在医疗上有很多特点，这种特点使民间有深刻的印象，其实所谓特点，也就是优点，我们谈到针灸，首先要对它有这种重要的概念：

1. 它是一种比较安全的治疗，只要注意到消毒（手指、穴位、针具三方面）和操作上的纯熟，不大会有意外发生的。

2. 是一种最便捷的治疗，随处可用，所以能深入到穷乡

僻壤，开辟医疗上广阔的路线。

3. 是一种最节约的治疗，一般来说，可不用内服药，就能见效。

4. 是适应范围最广的治疗，有很多病症，可以适用。

5. 在急救上能起一定的作用。

综上原因，所以针灸能在数千年来担负了保障人民健康的使命，它的功绩，是非常伟大的。

四、针灸疗法的一般原理

1. 整体观念

前面说过，中国医药的创造，是我们祖先通过长期劳动实践而来的，积累了很多的经验，这些经验，因为具有实践的基础，所以是宝贵的。

《素问·上古天真论篇》有“法于阴阳”，“把握阴阳”，“和于阴阳”的记载。

《素问·生气通天论篇》有“阴平阳秘，精神乃治，阴阳决离，精气乃绝”的记载。

《内经》又说到“邪”和“正”的关系，所谓“邪气交争”“正邪分争”“邪气盛则实，精气夺则虚”的道理。并以风寒暑湿燥火（六淫之邪，属于气候方面的），和喜怒忧思悲恐惊（七情之变，属于精神方面的），我们称为致病之因。

所以，对疾病的观察，是从各方面来研究其综合性的。因此中国医学是具有整体观念的。针灸疗法的基础也是建筑在这些道理上面的。

根据整体观念，用理疗来使全身机能恢复正常化，这是针灸疗法的精神。根据神经系统是统一管理和调节全身各个系统的重要机构，从而利用它的接受刺激和反射作用来收到疗

效，这是针灸疗法的实质。

例一：

鲁之俊所推荐的马丹阳天星12穴：足三里、内庭、曲池、合谷、委中、承山、太冲、昆仑、环跳、阳陵、通里、列缺。

配穴取全身性的，如这12穴，就是联系到全身神经。泽田健所推荐的全身性经穴：

腹部　　中脘穴。

腰部　　脾俞、肾俞、次髎穴。

背部　　身柱穴。

上肢　　曲池、阳池穴。

下肢　　足三里、太溪穴。

在针灸疗法应用上，选择这些基本穴位（当然这些穴位还可增可减和可变动，有待于将来的研究）来处理一切疾病，就是根据整体观念，使机体的机能，恢复正常，收到疗效。

例二：

容易患伤风感冒的，用上面这些基本穴位（指泽田健所推荐的）外加风门或风池、风府或上星、迎香等穴。患胃酸过多的，用上面这些基本穴位（指泽田健所推荐的）如巨阙、至阳、阳陵泉等穴。这是根据神经系统统一管理和调节机能选择这些基本穴位，再加用他穴，使某一部分疾病收到疗效。

例三：

一般的强壮治疗，常取膏肓、大椎、命门、曲池、足三里、内关、关元、肾俞等穴。为了激发肠胃机能，加强荣养，常取肝俞、胆俞、脾俞、三焦俞、大肠俞、小肠俞等穴。这是根据整体是许多的局部集合起来而局部就是整体的一环，其间是不可以分割的，所以整体治疗与局部治疗，多能互相配合，收到疗效。

2. 十二经与奇经八脉和经穴的简单介绍

我们祖先经验中创造了十二经和奇经八脉，认为全身有

十二经和奇经八脉，每一条路线有它出入和经过的地方，这一条路线称为经，在经过的地方有许多重要的点，这些点称为经穴，至于单纯一个点的位置所在，称为穴位，是我们可以进针或者用灸的位置。

所以，针灸疗法在临床上离不了选“穴”，也离不了配“经”，因之，十二经和奇经八脉的路线，按照现在来说，这种路线，还有着作用的，兹将十二经与奇经八脉和经穴的分布情况作简单的介绍。

十二经是手三阳、足三阳、手三阴、足三阴，奇经八脉是任脉、督脉、冲脉、带脉、阳蹻、阴蹻、阳维、阴维。十二经和任脉、督脉，本身都有穴位，所以把任脉、督脉与十二经称为十四经。阳蹻、阴蹻、阳维、阴维、冲脉、带脉，它的本身没有穴位，因为它的穴位就是十二经的穴位，所以不并入十四经之中，仍称为奇经，这是针灸疗法为便利实际应用而这样配合的。

附：十四经分布路线。

手三阴：手太阴（肺）经、手太阴（心）经、手厥阴（心包）经皆起自胸部，经过上肢内侧，迄手指端正。

手三阳：手太阳（小肠）经、手阳明（大肠）经、手少阳（三焦）经皆起自手指，经过上肢外侧，肩部、颈部，迄于头部。

足三阴：足太阴（脾）经、足少阴（肾）经、足厥阴（肝）经皆起自足部，经过下肢内侧，腹部，迄于胸部。

足三阳：足太阳（膀胱）经、足阳明（胃）经、足少阳（胆）经皆起自头部，经过躯干部，下肢后侧，迄于足部。

任脉：起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元，至咽喉，属阴脉之海（身前正中线）。

督脉：起于下极之腧，并于脊里，上至风府，入脑上巅，循额至鼻柱，属阳脉之海（身后正中线）。

十四经的经穴数：

手太阴11穴，手少阴9穴，手厥阴9穴，手太阳19穴，手阳明20穴，手少阳23穴，足太阴21穴，足少阴27穴，足厥阴14穴，足太阳69穴，足阳明45穴，足少阳44穴。

以上是双穴（左右各一）。

任脉24穴，督脉28穴。均为单穴。各种医书所载经穴数字，颇不一致，根据一般情况，这里暂定为全身363穴，以后的增加和发现，不在此例。

什么叫做经？《内经》："经脉十二者，外合于十二经水而内属于五脏六府。""经脉者，所以能决生死，处百病，调虚实，不可不通。"后代各家，有些说经者经也，或是经者界也，或是经脉者，如河渠之流通也，大者为经，小者为络，有些书上单独称为经，有些书上则称为经脉。总之，古人是根据实际，定出这个标准，所以十四经路线虽然今天在解剖上未能完全与神经系统的路线相吻合，但是至少已有部分地证实能够配合到神经，而且，我们针刺的作用，也就在刺激神经，所取的"穴"，有些书上就称为"刺激点"，离不了神经的反射作用，因之，我们认为这种"经"的路线，是必须加以继续和深入研究的。

有人主张，认为十四经可以废除的，根据今天实际情况来说，是言之过早的。

今天，用十四经路线配合治疗，对我们现在操作和今后改进的研究，这种材料，还是很需要的。

从上面的记载，许多地方可以看出我们祖先所指的经脉，或相当于现在的神经系统，或循环系统和淋巴系统等。

全身363穴之外，现在还有经外奇穴，是中世纪所发现的，还有阿是穴（也称天应穴）是着重在患处进针，不限于经脉的一定位置，还有新经穴，是近世学者所发现的，这些都是古代医书所不载而为后代学者所补充，所以，经穴方面，近世在

演进之中，从经穴的演进而经脉也正在逐步考证之中，到最后需要找出古代所谓经脉，在实际上和神经系统的关系怎样。并用唯物来证明针灸对于神经系统所起作用的整个过程，那就是针灸疗法完全走上了科学化的道路。

3. 神经反射作用的简单介绍

（1）从胀、重、麻、痛感觉的由来认识到针灸对于神经系统的作用　胀、重、麻、痛，各种不同的感觉，是我们临床上为病人进针时候所必须注意的反应，一般经验上以胀的反应为普通，在治疗上也比较得手，其次是重，其次是麻，又其次是痛。如发现有痛感，不是手法上有问题，就是孔穴性质不同的问题，应该加以注意。假使经过针刺完全没有感觉，那就是麻痹或者已经坏死，所以得不到反应，其病更为严重。所有以上这些反应，古人认为是得气与不得气的情况，按照现在来说，就是神经末梢受到刺激以后所产生的影响，也就是反射作用。虽然古今医书上所习用的名词不同，而在认识上，却基本是没有矛盾的。所以，我们从上面所谈十四经的作用，再看这里所谈的实际应用，配合上去，可以理解到针灸疗法对于神经系统关系的重要了。

进针以后的反应，也有快，也有慢，反应的快慢，可以断定神经感觉的敏捷和迟钝，如果没有感觉，就是神经失去作用或者暂时失去作用，譬如病人局部萎缩或麻痹，往往针刺没有感觉，但经过多次以后，又能从没有感觉而逐渐产生感觉，这是神经从失去作用而逐渐恢复。还有，内脏病经过多次灸针治疗，症状逐渐减轻或者痊愈，当然也是出于神经系统的调节作用，这种作用，能够进一步恢复整体机能，因之使疾病得到痊愈。

（2）从巴甫洛夫学说的启示确定了针灸疗效是神经反射作用产生的结果　上面所谈的，我们可以进一步从苏联科学

家巴甫洛夫学说的基础上找到有力的根据，我们学习巴甫洛夫学说，大脑皮质条件反射的启示，和“刺激近心神经末梢，由于反射作用，就可以影响到远心神经所支配的脏器与各个系统”的原则，使我们对整体生理机能的作用，有进一步的认识，使我们对神经系统统一管理和支配全身各个系统的作用，有进一步的了解，使我们对十四经的作用，产生了新的研究和改进方向。因之，我们能在这种基础上，确定了针灸的疗效，是产生于神经系统的反射作用。至于怎样来运用针刺方法，使它产生反射作用呢？这一个问题，就要结合到实际操作方面和治疗方面了。

（3）神经反射作用的来源和过程　刺激的方法：一个生活的人体，不论它在正常时候，或有病态时候，都经常不息地要接受一些内部的刺激，或者是外来的刺激，这些刺激物的种类繁多，譬如在正常生理上的呼吸空气，吃喝饮食，适应寒温，分泌液体等等，就是一种刺激物。在病理上的病原体，病理部分的发生变化，以及各种治疗的药物等等，也都是刺激物，我们应用针灸疗法，也是刺激方法的一种。前面已经说过，针灸是物理疗法，当然，也就是使用物理的刺激方法。

针灸疗法所用的“针”，是机械刺激，“灸”是温热刺激，针灸并用，是机械刺激与温热刺激的结合，针灸个别使用，是温热刺激与机械刺激的分工，而拔火罐则是对针与灸在某些地方起辅助的作用。

所以，按照穴位“进针”（或称扎针）或“着灸”（或称用灸），就是使用物理刺激的方法，近来有人把扎穴叫做“刺激点”，就是这个道理，这些扎穴经过刺激，发生反应（感觉），就是神经系统的反射作用。

神经系统对于身体的影响，是通过反射作用来实现的，也就是说神经系统的任何一个活动都是反射性所发生的，每一

个反射活动的最初动因，就是客观的刺激，首先作用在神经的感受器（末梢），所以，我们针灸每一个穴，都有刺激作用。

从接受刺激以后，沿着传导路线，通过神经系统的一系列的变化来影响生体的活动，神经系统的这种活动是在它的高级部位——大脑皮质的影响下进行的，这种反射性活动在正常的生理作用是如此，在病理过程和治疗过程上也是如此，因之，针灸能应用这个原理，治愈疾病。

但是，针灸治愈疾病，还要决定在手技方面，从前有所谓八法，是揣（掏）、爪、搓、弹、摇、扪、循、捻八种，后来又增加取穴、持针、温针、进针、指循、摄法、退针、搓针、捻针、留针、摇针、拔针等十二种，虽然，这些手技还可以研究简化和更明确一下，但主要精神确能配合了上面所谈的原则，应用到治疗方面（就是要取得各种不同的反射作用以适应病情），也就是说要达到所谓补与泻的目的，所以这种情况，是我们针灸业者所必须了解的。

反射的情况：从反射作用的原则上，分四点来说明一下：

第一，轻刺激或中等度刺激，有兴奋作用，这一种所谓“补法”，适应于机能衰弱者。

第二，重刺激或较长强刺激，有抑制作用，这一种所谓“泻法”，适应于机能亢进者。

第三，在刺激的进修，其作用从神经末梢传达到中枢而至内脏器官，这一种诱导作用，相当于从前《内经》所谓“上有病，取之下，下有病，取之上”的方法，适应于导致机能的恢复，限制病情的扩展者。

第四，抑制与兴奋两种作用，是可以在某种程度上转变，所以抑制以后可以有兴奋，兴奋以后也可以有抑制，并不是抑制从此是抑制，兴奋从此是兴奋，这种转变就具有调节作用，相当于从前所谓“调和气血”，适应于生理失常血循不调，从利

用其转变而获得调节的结果者。

因此，神经的反射作用，是导致疾病痊愈的过程，我们运用手技，是充分利用这种机转，发挥治疗作用，更要学习苏联先进经验，深入体会巴甫洛夫学说的精神，从实验中来整理针灸医学，这才是针灸科学化的方向。

“五输穴”的意义及其应用

“五输穴”就是四肢肘膝以下，十二经脉所属的“井、荥、输、原、经、合”等六十六个“五行穴”。此六十六个辅穴在临床上应用非常广泛，若能配合恰当，确实能发挥很好的疗效。本文拟就古文献中的记载，将其意义和应用规律提出来和大家商榷。下面分三个方面进行讨论：

一、有关五输穴意义的探讨

在讨论五输穴意义之前，首先简单地谈谈经气的意义。笔者的理解，经气有两方面含义：其一是在经脉内外循行的荣卫之气流行不息的一种生理现象；其二是指经络本身的作用，即所以能够行气血、营阴阳、调虚实、处百病的一种功能现象，也就是经络的原气。《难经·八难》说：“十二经脉者，皆系于生气之原，所谓生气之原者，谓十二经之根本也。”所以经络之原气，也可以理解为经络的生命动力。五输穴即乃象征此经络原气的作用而产生。“四肢为诸阳之本”，故十二经脉的原气皆以肢端为根、为本，上向结聚于头面躯干而为标，此等关系在《灵枢·根结》篇“六经根结”和《灵枢·卫气》篇“十二经标本”中可以体验到。因此《灵枢·九针十二原》篇以之喻作流水：“所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合。”如说得更明确些，即井穴是经脉原气所出之根本，如流水

的泉源一样；荥穴是经脉之气刚自井穴初生，其作用尚较微弱，如流水初出始流；输穴是经脉之气所注输入内之处，如流水渐入深处而灌注一般；经穴是经脉之气所行经的处所，和流水渐深，迅速流过相似；合穴是经脉之气深入作用于内脏和躯干的部位，与川流归海相类似。

这里需要重点讨论的是“原穴”和“合穴”。要理解此两穴的意义，首需了解十二经脉的标本关系，具体见下表。

表1　十二经脉标本表

经名	本部		标部	
	部位	穴位	部位	穴位
足太阳	跟以上五寸中	附阳	命门	睛明
足少阳	窍阴之间	窍阴	窗笼	听宫
足阳明	厉兑	厉兑	人迎颊下，上挟颃颡	
足少阴	内踝下上三寸中	交信	背俞与舌下两脉	肾俞
足厥阴	行间上五寸所	中封	背俞	肝俞
足太阴	中封前上四寸中	三阴交	背俞与舌本	脾俞、廉泉
手太阳	外踝之外	养老	命门上一寸	—
手少阳	小指次指之间上二寸	液门	耳后上角下，外眦处	丝竹空
手阳明	肘骨中上至别阳	曲池	眼下合钳耳上	疑是头维穴
手太阴	寸口之中	太渊	腋内动脉	天府
手少阴	锐骨之端	神门	在背俞	心俞
手心主	掌后两筋之间二寸处	内关	腋下三寸	天池

从表中可看出：手足阳经的标部都在头部，但手足阴经其标部大都在背俞。对背俞的意义，张介宾认为："五脏居于腹中，其脉气俱出于背之足太阳经。"所以是五脏之气转输于背部的地方。因此，也可理解为手足阴经的经气，是直接注输于内脏的，而手足阳经的经气仅作用于其外经所经过的部分，而最后上合于头面部。六腑所秉之气，从《邪气脏腑病形》篇所称位于足三阳上的"阳脉之别，入于府者"来看，皆自位在足三阳经上的合穴处别入。所以《灵枢·本输》篇说："六府皆出足之三阳，上合于手者也。"由此可见，阴经和阳经，其经脉原气对脏腑的作用是有所不同的。

基于上述关系，故对合穴也可这样理解：阴经的合穴其经气深入内脏，故均可治疗本脏的疾病。阳经的合穴，其中手三阳经的合穴由于其脉气不直接作用于本腑，所以《甲乙》、《铜人》等书中对此皆无主治本腑病的记载；足三阳经的合穴及手三阳经的下合穴（即手三阳经在足三阳上的三个合穴），由于是阳脉别入内腑的地方，因此是治疗本腑病的主要穴位，统称"六腑之合"。其名如下：

六腑之合：
- 胆合入于阳陵泉
- 膀胱合入于委中
- 胃合入于足三里
- 大肠合入于上巨虚 ┐
- 小肠合入于下巨虚 ├ 手三阳之下合穴
- 三焦合入于委阳 ┘

其次，六阳经脉各有一原，六阴经脉以俞代原。所谓"原"穴，《灵枢·九针十二原》篇说："十二原者，五藏之所以秉三百六十五节气味也。"《灵枢》中所说的十二原，乃是阴经（脏经）的原穴，即肺原太渊二、心原大陵二、肝原太冲二、脾原太白

二、肾原太溪二，加上膏之原鸠尾一、肓之原脖胦（气海）一，计共十二穴，皆是五脏秉受经气的处所。又因为此十二原均是五输穴中的“输”穴，所以亦是经气注输入于内脏的地方。清徐大椿认为：“各经之气留住深入之处即为原。”也同此义。若再从“原”字的意义上来探讨，《难经·六十六难》中解释说：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也，故名为原……故所止辄为原。”从这段引文中，也可这样理解，原穴是经脉的原气留住而深入作用于内脏的腧穴，也是经脉原气所聚集的部位，因此能够治疗经脉和内脏的疾病。

至于阳经的原穴，《灵枢·本输》篇中皆以“所过”作原，故其意义和经穴近似，都是经气经过的穴位。清张志聪解释说：“五脏合五行，六腑应六气，六气之中有二火，故多火之原，而原附于经也。”六阳经脉在五输穴之外，另多一原穴的理由即在于此。

此外还有五输穴的五行属性问题，也和临床应用关系很大，必须加以讨论。《难经·六十六难》说：“阴井木，阳井金，阴荥火，阳荥水，阴输土，阳输木，阴经金，阳经火，阴合水，阳合土。”若将其列成表格，可以清楚地看出两种关系：

表2　五输穴的五行属性

阳干	庚	壬	甲	丙	戊
阳经	金→	水→	木→	火→	土
五输穴	井	荥	输	经	合
阴经	木→	火→	土→	金→	水
阴干	乙	丁	己	辛	癸

上表，自左而右，五行皆属相生，这就是说，五输穴的气化

是相递而生的。自上而下，五行皆为相克，但这仅是一种表面现象，内中包含着夫妻刚柔阴阳天干相合的关系，因为阳经五行所属的天干皆为阳干，阴经五行所属的天干都是阴干，其中乙庚、丁壬、甲己、丙辛、戊癸均是相合的。故此明为相克，实际上是制中有生，说明表里二经是阴阳调和，相制相生的。

尚有一点值得提示一下，即是阴井为木，阳井为金的理由。对这个问题张志聪解释得很好，他说："五脏之输出于井木者，五脏合地之五行以应生、长、化、收、藏之气，故从木火土金水而顺行；六腑之输出于井金者，六腑应天之六气，六气生于阴，而初于地，从秋冬而春夏，此阴阳逆顺之气也。"五脏合五行，以春生为始，故以井木为先；六腑应六气，生于阴而始于秋，故此井金在首，其理完全是参照天地阴阳的变化而来。

对十二经脉五输穴的名称，本文为了节省篇幅起见，不再列表。

二、有关《灵枢·寿夭刚柔》篇"病在阴之阴者"四句的探讨

《灵枢·寿夭刚柔》篇说："内有阴阳，外亦有阴阳；在内者，五藏为阴，六腑为阳；在外者，筋骨为阴，皮肤为阳。"又说："病在阴之阴者，刺阴之荥俞；病在阳之阳者，刺阳之合；病在阳之阴者，刺阴之经；病在阴之阳者，刺络脉。"这两段引文中，前面一段文意即是用阴阳学说的对立统一性来区分五脏和六腑、筋骨和皮肤的不同性，后一段就指出了治疗的原则。笔者在原文"阴阳"二字下，记以双点（··）符号，认为似有衍误，讨论如下：

1．古代医家之注

这段文字中的"阴阳"二字，查考了《甲乙》、《类经》等书均

是一样，似无讹误可寻。但为了这一倒错却使原文上下之意不能相接，历代注家也因不敢擅改，以致所注内容多与《内经》其他各篇的取穴规律自相矛盾，令人费解，难以适从。兹举三家的注释如下：

(1) 明马元台《灵枢注证发微》注　“病有在阴之阴者，即五脏有病而在于筋骨，当刺阴经之荥输；病有在阳之阳者，即六腑有病而在皮肤，当刺阳经之合；病有在阳之阴者，即六腑有病而于筋骨，当刺阴经之经；病有在阴之阳者，即五脏有病而在于皮肤，当刺阳经之络。”

(2) 明张介宾《类经》注　“阴之阴者，阴病在于阴分也，当刺其荥输，以诸经荥输气微；阳之阳者，阳病在阳分也，当刺其合穴，盖所入为合，犹在阳分，刺此以防深入；阳之阴者，阳病在阴也，当刺阴之经穴，盖所行为经，其气正盛，即阴中之阳；阴之阳者，阴病在阳也，当刺诸络脉，盖络脉浮浅，皆在阳分。”

(3) 清张志聪《灵枢集》注　“病在阴之阴者，病内之五脏，故当刺荥输；病在阳之阳者，病在外之皮肤，故当刺阳之合，谓六腑外合于皮肤，故当取腑经之合穴也；病在阳之阴者，病在外之筋骨，故当刺阴之经，谓五脏外合于筋骨，故当取阴之经也；病在阴之阳者，病在内之六腑，故当刺络脉。”

以上三位注家的意见各不相同，虽然各有发挥，但因不敢擅改经文，致多暗晦之词，而对此数穴的应用规律，实未语中其的。第一，马氏之注配穴方法，笔者检视了很多针灸书籍，如此处方例子很少，未能在《内经》中得到证实。第二，张介宾之注，脱离了《灵枢》上文以阴阳分别内外和脏腑、筋骨、皮肤的精神，所以也不够理想。第三，张志聪之注，虽较透彻，但是由于第二句和第四句中的阴阳二字掉错，故也不能和《内经》中的原意相合。

2. 笔者之见

笔者的意见认为这四句原文应改为："病在阴之阴者，刺阴之荥输；病在阴之阳者，刺阳之合；病在阳之阴者，刺阴之经；病在阳之阳者，刺络脉。"这样才能符合《内经》中其他各篇五输穴运用的规律。修改以后的意思是："病在阴之阴，即病在五脏，应取脏经的荥穴或输穴治疗；病在阴之阳，即病在六腑，当取腑经的合穴来治；病在阳之阴，即病在筋骨，应取脏经的经穴来治；病在阳之阳，即病在皮肤，应取络脉治疗。"这样更正的理由，可从以下几方面论证：

（1）从经络学说论证 《灵枢·邪气藏腑病形》篇载："余闻五藏六腑之气，荥输所入为合，令何道从入，入安连过，愿闻其故？岐伯答曰：'此阳脉之别，入于内，属于府者也。'黄帝曰：'荥输与合，各有名乎？'岐伯答曰：'荥输治外经，合治内府。'黄帝曰：'治内府奈何？'岐伯曰：'取之于合。'"在这段文字中，可以理解所谓合穴，乃是荥输之气所合入的处所，即经脉原气深入之部。而足三阳之合穴（足三里、委中、阳陵泉）和位在其上的手三阳之下合穴（上巨虚、下巨虚、委阳）更是阳脉（腑经）别入于内，连属于内腑的部分。所以《灵枢·四时气》篇说："邪在府，取之合。"因六腑在内，为阴之阳。据此，则"病在阳之阳者，刺阳之合"句，应改为"病在阴之阳者"，其理由十分明显了。

至于"病在阴之阳者，刺络脉"，应改为"病在阳之阳者"的理由，也可从经络学说来理解。经脉深在，络脉浅居，络脉之中还有孙络，浮处皮肤。《素问·皮部论篇》说："是故百病之始生也，必先于皮毛，邪中之，则腠理开，开则入客于络脉，留而不去，传入于经，留而不去，传入于腑，廪于肠胃……"从这段引文中，可理解为邪气中于皮肤，必定入客于络脉，这时当然要针刺络脉，泄泻其溢满的病邪，才能达到治疗的目的。

《灵枢·五邪》篇说:“络脉治皮肤。”为此《寿夭刚柔》篇经文,应改正为“病在阳之阳”(皮肤)其理由也彰然而毋待赘言了。

(2) 从临床治疗的实例中论证　考查《内经》各篇,有不少的治疗处方是遵循着改正后的这一规律而制订的。现举例如下:

1)《灵枢·五邪》篇:“气在于肠胃者,取之足太阴阳明,不下者,取之三里。”

2)《灵枢·邪气脏腑病形》篇:“大肠病者……取巨虚上廉;胃病者……取之三里也;小肠病者……取之巨虚下廉;三焦病者……取之委阳;膀胱病者……取委中央;胆病者……取阳陵泉。”

3)《素问·咳论篇》说:“治藏者,治其俞,治府者,治其合。”《素问·痹论篇》也说:“五藏有俞,六府有合,循脉之分,各有所发,各随其过,则病瘳也。”

从以上的《内经》治疗法引文中,进一步说明了腑病取合的规律性,为此,第二句“刺阳之合”所适应的疾病,必为“阴之阳”的衍文无疑了。

证实了第二句讹误之处,则第四句的错误也可以相对地得到纠正证实。因为在同一段文字中,决不会有二个“阴之阳”(腑病)的治法。故此也必为“阳之阳”无疑。

三、五输穴的应用

1.《灵枢·寿夭刚柔》篇对于五输穴的应用原则

根据改正后的经文,可以归纳出下列原则:即脏病取脏经的荥穴和输穴;腑病取位在足三阳经上的六腑之合穴;筋骨有病应适当配合有关脏经的经穴同治;皮肤中邪,浮络溢满时,应刺络脉出血。

表 3　脏腑井荥输经合主治表

病脏（腑）	脉象	主　症	配　穴					备　注
			心下满（井）	身热（荥）	体重节痛（输）	喘咳寒热（经）	逆气而泄（合）	
胆	弦	面青、善怒	窍阴	侠溪	临泣	阳辅	阳陵泉	总刺丘墟
肝	弦	淋溲难、转筋、四肢满闭、脐右有动气	大敦	行间	太冲	中封	曲泉	
小肠	浮洪	面赤、口干、喜笑	少泽	前谷	后溪	阳谷	小海	总刺腕骨
心	浮洪	烦心、心痛、掌中热而啘、脐上有动气	少冲	少府	神门	灵道	少海	
胃	浮缓	面黄、善噫、善思善沫	厉兑	内庭	陷谷	解溪	足三里	总刺冲阳
脾	浮缓	腹胀满、食不消、体重节痛、怠惰嗜卧、四肢不收、当脐有动气、按之牢若痛	隐白	大都	太白	商丘	阴陵泉	
大肠	浮	面白、善嚏、悲愁不乐、欲哭	商阳	二间	三间	阳溪	曲池	总刺合谷
肺	浮	喘嗽、洒淅寒热、脐右有动气、按之牢若痛	少商	鱼际	太渊	经渠	尺泽	
膀胱	沉迟	面黑善恐欠	至阴	通谷	束骨	昆仑	委中	总刺京骨
肾	沉迟	逆气、小腹急痛、泄如下重、足胫寒而逆	涌泉	然谷	太溪	复溜	阴谷	

2.《难经·六十八难》的应用原则

《难经·六十八难》说："井主心下满，荥主身热，输主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄，此五藏六腑井荥输经合所主病也。"这种配穴的方法是以症为主，凡五脏六腑之病，所见上列何症即对症配用何穴，对此配穴法，金代医家张洁古有所阐发，称为"接经法"，后明代文献《针灸聚英》与《针灸大成》均有引载，兹据前者文意列表3。

3.《难经·七十四难》结合时令的应用

《难经·七十四难》说："春刺井、夏刺荥、季夏刺输、秋刺经、冬刺合。"晋王叔和在《脉经》中用于五脏病的治疗，兹列表于下。

表4 五脏病四时配穴表

五脏	主穴	配穴				
		春	夏	长夏	秋	冬
肝	期门、肝俞	大敦	行间	太冲	中封	曲泉
心	巨阙、心俞	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽
脾	章门、脾俞	隐白	大都	太白	商丘	阴陵泉
肺	膻中、肺俞	少商	鱼际	太渊	经渠	尺泽
肾	京门、肾俞	涌泉	然谷	太溪	复溜	阴谷

4.《难经·六十九难》的应用

此即子母补泻配穴法。《难经》原文中说："虚者补其母，实者泻其子。"这是以五行生克的原理，在脏腑络脉有病时的一种配穴方法，特别在母邪传子或母虚子弱的病理情况下最为适宜。此种配穴法，包括本经取穴和他经取穴两个方面，其

原理与运用已在前面“对针灸运用辨证论治与切诊方法的论述”中阐明，此间不再重复。

有时本法也可结合五行相克的原理来应用，尤其是当发生相乘相侮的病理机转时更有必要。《素问·五运行大论篇》说：“气有余，则制己所胜而侮所不胜。”故当补本经所胜和所不胜的腧穴和补所胜及所不胜的他经的同性腧穴。例如肾经的实证，水有余就会克制己所胜的火和反侮己所不胜的土，这时须补本经的输土穴“太溪”和荥火穴“然谷”及补脾经（土经）的输土穴“太白”以及心经的荥火穴“少府”来防治其未病。又当“其不及，则己所不胜侮而乘之，己所胜轻而侮之”时，应泻本经所不胜及所胜的腧穴和泻所胜经及所不胜经的同性腧穴。例如肾经的虚证，水不足则己所不胜的土就会侮乘，己所胜的火也会反过来相克。因此要泻本经的土穴“太溪”和火穴“然谷”及泻脾经的土穴“太白”和心经的火穴“少府”来解除其压制，以加强作用。兹据上文之意将十二经脉虚实兼相乘相侮病理机转时的配穴法列表5，以利查考。

5.《难经·七十五难》的应用原则

此种方法称为“泻南补北法”。也适用在五行制化失调而发生反克现象的病理机转之时。但是其特点仅只反侮其所不胜，而不发生侮己所胜的疾病症状。《难经》原文说：“经言东方实、西方虚，泻南方、补北方，何谓也？然，金木水火土，当更相平。东方木也，西方金也，木欲实，金当平之，火欲实，水当平之，土欲实，木当平之，金欲实，火当平之，水欲实，土当平之；东方肝也，则知肝实，西方肺也，则知肺虚；泻南方火，补北方水，南方火，火者木之子也，北方水，水者木之母也，水胜火，子能令母实，母能令子虚，故泻火补水，欲令金得平木也。”金虚木实，就是肺虚肝实。金克木，木克土，肝木实时，反克肺金而致肺虚，这是气有余侮其所不胜的现象。木实侮土，应该脾

表 5　十二经子母补泻及乘侮关系配穴表

经名 \ 病型和补泻 \ 穴名	虚证						实证					
	补(母)		泻				泻(子)		补			
	本经母穴	他经母穴	本经		他经		本经子穴	他经子穴	本经		他经	
			所胜	所不胜	所胜	所不胜			所胜	所不胜	所胜	所不胜
肺(金)	土		木	火	木	火	水		木	火	木	火
	太渊	太白	少商	鱼际	大敦	少府	尺泽	阴谷	少商	鱼际	大敦	少府
大肠(金)	土		木	火	木	火	水		木	火	木	火
	曲池	足三里	三间	阳溪	临泣	阳谷	二间	通谷	三间	阳溪	临泣	阳谷
心(火)	木		金	水	金	水	土		金	水	金	水
	少冲	大敦	灵道	少海	经渠	阴谷	神门	太白	灵道	少海	经渠	阴谷
小肠(火)	木		金	水	金	水	土		金	水	金	水
	后溪	足临泣	少泽	前谷	商阳	通谷	小海	足三里	少泽	前谷	商阳	通谷

（续表）

穴名 病型和补泻 经名	虚证						实证					
	补（母）		泻				泻（子）		补			
	本经母穴	他经母穴	本经		他经		本经子穴	他经子穴	本经		他经	
			所胜	所不胜	所胜	所不胜			所胜	所不胜	所胜	所不胜
肾（水）	金		火	土	火	土	木		火	土	火	土
	复溜	经渠	然谷	太溪	少府	太白	涌泉	大敦	然谷	太溪	少府	太白
膀胱（水）	金		火	土	火	土	木		火	土	火	土
	至阴	商阳	昆仑	委中	阳谷	足三里	束骨	足临泣	昆仑	委中	阳谷	足三里
脾（土）	火		水	木	水	木	金		水	木	水	木
	大都	少府	阴陵泉	隐白	阴谷	大敦	商邱	经渠	阴陵泉	隐白	阴谷	大敦
胃（土）	火		水	木	水	木	金		水	木	水	木
	解溪	阳谷	内庭	陷谷	通谷	足临泣	厉兑	商阳	内庭	陷谷	通谷	足临泣

（续表）

穴名 病型和补泻 / 经名	虚证						实证					
	补（母）		泻				泻（子）		补			
	本经母穴	他经母穴	本经		他经		本经子穴	他经子穴	本经		他经	
			所胜	所不胜	所胜	所不胜			所胜	所不胜	所胜	所不胜
肝（木）	水		土	金	土	金	火		土	金	土	金
	曲泉	阴谷	太冲	中封	太白	经渠	行间	少府	太冲	中封	太白	经渠
胆（木）	水		土	金	土	金	火		土	金	土	金
	侠溪	通谷	阳陵泉	厉兑	足三里	商阳	阳辅	阳谷	阳陵泉	厉兑	足三里	商阳
心包（相火）	木		金	水	金	水	土		金	水	金	水
	中冲	大敦	间使	曲泽	经渠	阴谷	大陵	太白	间使	曲泽	经渠	阴谷
三焦（相火）	木		金	水	金	水	土		金	水	金	水
	中渚	足临泣	关冲	液门	商阳	通谷	天井	足三里	关冲	液门	商阳	通谷

土亦虚，此是制己所胜的必然趋势，但是原文中没有提到土虚，故是本法适应证的特点，其病理、治法以及穴位配伍等均已在前面“对针灸运用辨证论治与切诊方法的论述”中讨论，此间从略。

6.《难经·六十六难》中对原穴的应用

《难经·六十六难》说：“五藏六府之有病者，皆取其原也。”阴经以输代原，脏病取荥输，故原穴也能治疗本脏的疾病；阳经之原，以经穴合之，经火生合土，故治疗腑病的作用也能理解。惟手三阳经，因其下合穴皆在足经，本腑之气是上合于本经的，故古人文献中对这三经原穴的主治记载，均未提到可治本腑的病候，此点还须作进一步的研究和探讨。

此外十二经脉的原穴都能治疗本经的一切疾病，不论虚证和实证皆可应用。据此元代医家王海藏倡“拔原说”，后明代杨继洲将病经的原穴和与其为表里的他经的络穴配合同用，称为“主客原络”配穴法。其具体的配合应用，详见《对针灸辨证论治与切诊运用的论述》一文。

7.《素问·缪刺论篇》中有关“井”穴的应用

《灵枢·卫气失常》篇说：“皮之部，输于四末。”邪气中人，先客于皮毛，各以其皮部人传于络脉，不得入于经俞，因此左注右，右注左，上下左右，与经相干，而布于四末，故行缪刺时必须取各经的井穴施治。《素问·缪刺论篇》中有详细的记载，后杨继洲据之而发展成为“十二经井穴”的缪刺法，列表如下。

表6　缪刺用穴表

受病络脉	症　　状	缪刺用穴
手太阴络	膨胀、喘咳、缺盆痛、心烦掌热、肩背疼、咽痛喉肿	少　商
手阳明络	气满、胸中紧痛、烦热、喘息不已	商　阳

（续表）

受病络脉	症　　状	缪刺用穴
足阳明络	腹心闷、恶人火、闻响心惕、鼻衄、唇祸、疟狂、足痛、气蛊、疮疥、齿寒	厉　兑
手足少阴 太阴 足阳明络	尸厥暴死、身脉动、不知人事	隐白、涌泉、厉兑、少商、少　冲
手少阴络	心痛、烦渴、臂厥、胁肋疼、心中热闷、呆痴忘事、癫狂	少　冲
手太阳络	颔肿、项强、肩似拔、臑如折、肘痛	少　泽
足太阳络	头项肩背腰目疼、脊痛、痔症、癫狂、目黄泪出、鼻流血	至　阴
足少阴络	卒心痛、暴胀、胸胁支满	涌　泉
手厥阴络	卒心痛、掌中热、胸满、手挛臂痛不能屈伸、腋下肿、面赤、目黄、喜笑、心热、耳聋	中　冲
手少阳络	耳聋痛、目疼、肘痛、脊间心后疼	关　冲
足少阳络	胸胁足痛、面滞、头目疼、缺盆腋肿、汗多、颈项瘿瘤、强硬症	足窍阴
足厥阴络	卒疝暴痛、绕脐痛急	大　敦

8. 阴阳大溢或经络偏枯时井穴应用

经络盛满，阴阳大溢时。《灵枢·终始》篇说："人迎与脉口俱盛三倍以上，命曰阴阳俱溢，如是者，不开则血脉闭塞，气无所行，流淫于中，五藏内伤。"在这种病理机转下，就需要刺十二经井穴，泻其溢盛的脉气。中风及中暑症时常要用到此法。此外，在中风偏枯之时，经气枯绝，须"从阳引阴"与"从阴

引阳”，疏导其经气。元代医家罗天益在《卫生宝鉴》中倡用一种“大接法”，并用十二经井穴。其法：从阳引阴——至阴、涌泉、中冲、关冲、足窍阴、大敦、少商、商阳、厉兑、隐白、少冲、少泽。从阴引阳——少商、商阳、厉兑、隐白、少冲、少泽、至阴、涌泉、中冲、关冲、足窍阴、大敦。（均依次而刺）

9.《灵枢·邪气藏府病形》篇“荥输治外经”的应用

前面已谈及脏病应取阴经的荥穴和俞穴来治疗。对阳经的荥穴和俞穴的主治性能，《灵枢·邪气藏府病形》篇说“荥输治外经”。其意即是阳经的荥穴和输穴以治疗经脉所过之处的外经病为主，不能用治内腑病。这一原则的具体处方示例，可在《灵枢·五乱》篇中找到，故此也是五输穴临床应用的一项重要规律。

10.“子午流注配穴”的应用

此法是以五输穴为基础，结合人体气血循环随着时间变化在经脉内出现盛衰的生理特点，用干支时辰来推算取穴的一种方法。其大意是：以十天干中甲、丙、戊、庚、壬属奇数的作阳；乙、丁、己、辛、癸属偶数的作阴；根据阳日阳时开阳穴，阴日阴时开阴穴的原则作为主要开穴的依据，并按“经生经”、“穴生穴”，养于相生的次序逐日按时或逐时按刻分别开穴。在逐日按时开穴时，如果阳日逢阴时或阴日逢阳时即为穴不开，则可取与之相合的日子的合穴施治（十天干相合已详上节）。如逢时没有开穴，也没有所开的合穴，则可用子母补泻配穴法代替。由于本法在应用时需要按时推算取穴，叙述比较费时，并另有专书讨论，故于此间简略提及，不作进一步的介绍。

按：本文为朱汝功老师所著，原载《上海中医药杂志》1960年2月号，较早地对五输穴的意义及其应用作了阐发，特别是联系经脉的“标本”、“根结”来阐明五输穴的含义，并对

"六腑之合"作了解释,在当时属于创见。文中对《灵枢·寿夭刚柔》篇中"病在阴之阴者"四句作了正本穷源的探讨,敢于破前人之禁,阐明其真义,实乃独具慧眼之见。文后还对五输穴的应用作了整理和阐发,承先启后,对临床应用很有参考价值。现据原文作某些增删,全文收辑。

《金针赋》增注

《金针赋》，全称《梓岐风谷飞经走气撮要金针赋》，首载于明徐凤《针灸大全》中，据《序》称：赋成于明正统四年己未岁（即公元1439年）八月，为泉石氏所作。有人认为泉石乃徐凤之别号，故赋文也是徐凤的作品。但据《大全》卷五之首载有"此《金针赋》乃先师秘传之要法"一语，则似乎徐凤系泉石氏之弟子，其所称"梓岐风谷"当为泉石氏师门所在之地；"飞经走气"，则指赋中所列诸手法有通行经气，速效如飞之功，乃泉石氏所本以撮要成赋者也；取名"金针"者，据作者《序》文中自解称："金乃世之宝也，非富贵不能得之，岂贫贱所能有也。名其金，称其贵也，贵能劫疾于顷刻之间。"该书以其效速而有实用价值，并为现存专论手法之较早文献，撰成歌诀，易于传诵，故为后代医家所重视，被《针灸聚英》、《杨敬斋针灸全书》、《针灸逢源》等所引载。明杨继洲在《针灸大成》中对其作了注解，同期汪机在《针灸问对》、吴崑在《针方六集》中也摘取其部分内容作了评注。惜乎杨注过于简略，未能申述赋文原意；汪、吴二氏之注也因其摘文零星分散，不能贯穿全文含义，致使后之学者，难以入其堂奥，窥其玄妙。燕等为此不揣绵薄，勉为增注，非敢以此自炫，实望读者能显用光大，庶梓岐风谷之学得尽其传，能造福于世，予愿足矣。

【原文】 观夫针道，捷法最奇，须要明于补泻，方可起于倾危。先分病之上下，次定穴之高低，头有病而足取之，左有

病而右取之，男子之气，早在上而晚在下，取之必明其理；女子之气，早在下而晚在上，用之必识其时。午前为早属阳，午后为晚属阴。男女上下，凭腰分之。手足三阳，手走头而头走足；手足三阴，足走腹而胸走手。阴升阳降，出入之机。逆之者为泻为迎，顺之者为补为随。春夏刺浅者以瘦，秋冬刺深者以肥。更观原气厚薄，浅深之刺尤宜。

【增注】 本段赋文为金赋之概述，统论刺法之主要理论依据，故各家之注均为摘文。杨注曰："经曰：荣气行于脉中，周身五十度(见《灵枢·五十营》)，无分昼夜，至平旦与卫气会于手太阳。卫气行于脉外，昼行阳二十五度，夜行阴二十五度，平旦与荣气会于手太阴。(见《灵枢·卫气行与荣卫生会》)是则卫气之行，但分昼夜，未闻分上下、男女，脏腑经络，气血往来，未尝不同也。今分早晚何所依据？但此赋今人所尚，故录此以参其见。"吴注则称："午前为早、阳；午后为晚、阴；男女上下，凭腰分之，此亦无根之言，不必拘此。"二氏注文均持否定态度。燕等则认为赋文之言并非完全无稽，宜当慎重对待，故再为注释之：

首四句言针刺之道，当以此梓岐风谷飞经走气捷效之法为最奇妙，其关键在于明辨疾病虚实，及时施行补泻，当补则补，当泻则泻，方可收如鼓应桴之效，以起病者于倾危之际。

次四句言施针先当辨明病位之上下，在于何经何部，然后可以循经选穴。选定穴位后，则须注意穴位的高低分寸，以冀正确，并须分清病位所在与穴位的前后上下关系，而后可遵窦默《标幽赋》中"交经缪刺，左有病而右畔取，泻络远针，头有病而足上针"之法施治。

再次自"男子之气"至"凭腰分之"言男女早晚气各相异，刺者当有所区别，考之赋文秉自金元医家学术理论而来。金何若愚在《子午流注针经·流注指微赋》中指出："男女气脉，

行分时合。"阎明广摘引何氏《流注指微论》注称:"男子左补右泻,女子右补左泻。"这种以男女左右之阴阳,配补泻之阴阳,乃当时理学派《河图》、《洛书》阴阳思想的衍化,盛行于宋金时代,此乃其学术渗透之产物。燕等认为以男女上下,午前午后而别气之变化,虽《内》、《难》无明文记载,但《灵枢·逆顺》中却指出:"气之逆顺,所以应天地阴阳四时五行也。"《素问·生气通天论篇》中也说:"平旦人气生,日中而阳气隆,日西而阳气虚,气门乃闭。"均说明阴阳的变化,是与午前午后人气的变化具有同步意义的。又据《灵枢·五色》中指出:"男女异位,故曰阴阳。"《素问·玉版论要篇》中也指出:"色见上下左右,各在其要,上为逆,下为从。女子右为逆,左为从;男子左为逆,右为从。"以上下左右之阴阳,视其色脉的变化而定疾病凶吉的理论,早在《内经》时代就已经被运用,与本节赋文之思想有类同之处。故燕等认为赋文之议当慎重对待,不可轻弃。

再下"手足三阳"至"顺之者为补为随",言经络之走向与补泻的关系,本于《标幽赋》"要识迎随,须明顺逆"句而来,意秉自《内》、《难》,请详《标幽赋》集注评述,此处从略。

末尾"春夏刺浅者以瘦"至"浅深之刺尤宜",则本于《标幽赋》"春夏瘦而刺浅,秋冬肥而刺深"句,其出处及沿革亦已详注于《标幽赋》集注详述中,此间亦姑从略。

【原文】 原夫补泻之法,妙在呼吸手指。

【增注】 此二句赋文,杨、汪、吴三氏均无注,特增补之:查补泻与呼吸、手指的关系,《素问》中强调要候呼吸而出入针,《素问·离合真邪论篇》:"吸则内(进)针……候呼引(退)针,呼尽乃去(出针),大气皆出,故命曰泻……呼尽内针……候吸引针,气不得出……令神气存,大气留止,故命曰补。"后世医家如窦默等均重视呼吸与针刺动作对补泻的关系,《标幽赋》中有"留吸母而坚长","疾呼子而嘘短"二句,即继承《素

问》呼吸与手指操作关系的代表。但《难经·七十八难》中则云："补泻之法，非必呼吸出内针也。"明确地认为补泻手法必须以手指的操作为重，候呼吸而出内针并非必要的条件。所以窦默在《标幽赋》中又补充说："原夫补泻之法，非呼吸而在手指。"也指出手法操作与呼吸对补泻的关系当区别主次，不可本末颠倒。燕等则认为针刺手法操作乃是手法的基本构成部分，当属主导，呼吸仅是一种辅助的附加条件，并非必须者，两者要区别清楚。泉石公强调呼吸与手法操作并重而妙用的观点，是当时重视手法的针灸学派的理论支柱，也不可忽视。

【原文】 **男子者，大指进前左转，呼之为补，退后右转，吸之为泻，提针为热，插针为寒。女子者，大指后退右转，吸之为补，进前左转，呼之为泻，插针为热，提针为寒。左与右有异，胸与背不同，午前者如此，午后者反之。**

【增注】 本节赋文，统论捻转、提插针的针刺动作与男女、呼吸、寒热、胸背等的补泻关系。杨氏仅注称："详注卷四。"而查《大成》卷四，又注文分散，对以上关系的理义未逐一指明。而吴氏之注则认为"男女无二道，左右无二理，胸背无二因，早暮无二法。"予以全部否定之。燕等秉慎重态度，因文设解，仍予注释之。盖此亦秉阴阳之理，推衍而来。按阴阳属性，左为阳，右为阴；提针外出为阳，插针内入为阴；男子为阳，女子为阴；呼者气出为阳，吸者气入为阴；热者为阳，寒者为阴；背腰者为阳，胸腹者为阴。联系补泻，则以"阳遇阳相顺为补，阳遇阴相逆为泻；阴遇阴相顺为补，阴遇阳相逆为泻"为原则。病者有男女性别的阴阳属性不同，以此为基础，凡男性、左转、呼气、提针等同属阳性相顺者为热补；右转、吸气、插针等为阴性，则阳遇阴相逆为寒泻。女性、右转、吸气、插针等同属阴性相顺者为热补，左转、呼气、提针等为阳性，则阴遇阳相逆为寒泻。午前、背腰部属阳，男性照前法操作为正作用，女

性为反作用；午后，胸腹属阴，女性照前法操作为正作用，男性则为反作用。

【原文】 **是故爪而切之，下针之法；摇而退之，出针之法；动而进之，催针之法；循而摄之，行气之法。搓则去病，弹则补虚。肚腹盘旋，扪为闭穴。重沉豆许曰按，轻浮豆许曰提。一十四法，针要所备。**

【增注】 本节赋文叙述辅助手法之名称与简要作用。辅助手法，《内经》中称为"辅针"。《灵枢·邪客》篇中记载："持针之道……左手执骨，右手循之……辅针导气，邪得淫佚，真气得居"即指此言。其后《素问·离合真邪论篇》中提出："不足者补之奈何？岐伯曰：必先扪而循之，切而散之，推而按之，弹而怒之，抓而下之，通而取之，外引其门，以闭其神。"其中"扪"、"循"、"切"、"推"、"按"、"弹"、"怒"（弩）、"抓"、"引"等都是辅助手法。到金代末年，窦默在《针经指南》中将这些手法逐一地加以阐释，提出了十四种手指补泻，泉石公据之而在赋文称为"一十四法"，后为《针灸聚英》、《针灸问对》所沿而袭称。杨继洲则据以改变为"十二字分次第手法"，后又精选为"下手八法"，可见其影响之深远。由于杨氏之注据而有变，吴氏注文略而不载，汪氏虽沿袭窦默之说，但亦多有相异之处，故本段赋文实际上缺注至今，燕特补注之：

《针经指南》云："爪者，凡下针用手指作力置穴，方有准也。""切者，凡欲下针，必先用大指甲左右于穴切之，令气血宣散，然后下针，是不伤荣卫故也。"爪法与切法都用在进针之前，常相连用，故赋称："爪而切之，下针之法。"

《针经指南》云："摇者，凡泻时，欲出针，必须动摇而出者也。""退者，为补泻欲出针时，各先退针一豆许，方可出之，此为退也。"摇法常在泻法出针时，欲"摇大其穴"，"大气皆出"，可结合"退"法，在腧穴深处照一豆许的分寸（或分层），边摇边

退，目的在引导邪气外出，故赋称“摇而退之，出针之法”。

《针经指南》云：“动者，如气不行，将针伸提而已。”“进者，凡不得气，男外女内，及春夏秋冬各有进退之理，此为进也。”“动”与“摇”义相近，故在前“摇”法中概称为“动摇”。“动摇”针身若与退法结合，用在泻法时目的在于开大其孔，不闭其穴，令邪气皆出。若与进法结合，按照一定分寸边摇边进，可以加强针刺得气感应，在不得气时可用于催气，如果横卧针身而动摇，可以催气向针尖所指方向行进，故赋云“动而进之，催气之法”。

《针经指南》云：“循者，凡下针，于穴部分经络处，用手上下循之，使气血往来而已。”“摄者，针如气涩滞，随经络上，用大指甲上下切其气血，自得通行。”“循”与“摄”同在进针后施用，目的在使气血随经往来流行，故赋云“循而摄之，行气之法”。

《针经指南》云：“搓者，令人觉热，向外似搓线之貌，勿转太紧，治寒。而里卧（疑为“搓”之误）针，依前转法（疑漏“治热”二字），以为搓也。”“搓”法即“捻法”，向外搓即左捻从阳，为补为热，可治寒证；向里搓即右捻从阴，为泻，故治热证。补虚泻实，祛寒除热，乃针刺治病之大法，故赋称“搓以去病”。

《针经指南》云：“弹者，凡用补时，可用大指甲轻弹针，使气疾行，如泻，不可用也。”弹针能使气行加疾，常用于虚证得气感不明显时，与补法结合同用，故赋云“弹则补虚”。

《针经指南》云：“盘者，如为针腹部，于穴内轻盘摇而已。”盘法专用于腹部软肉处，如循环之状，360°盘转，左盘为补，右盘为泻，用以和气，故赋曰“肚腹盘旋”。

《针经指南》云：“扪者，凡补时，用手扪其穴也。”扪法多用于补法出针时，用手指扪闭孔穴，“推其皮，盖其外门”，“令神气存”，“大气留止”，“故命曰补”。赋称“扪为闭穴”，即指

此言。

"重沉豆许曰按"、"轻浮豆许曰提"此两句赋文意义相对，"按"实即"插"，与他书相异，泉石公为承赋文前意，释提插针的意义与幅度标准而设，意指推进(沉)为插，退出(浮)为提，凡提插针的幅度一般以一豆许为准。

以上"十四法"，内容包括了进针、出针、补泻、行气、催气等各种手法操作，故赋文总结称："针要所备。"关于"十四法"的操作内容，各家之说，各有不同，燕等曾撰《针刺辅助手法的探讨》一文，专论诸家之说，兼伸管窥之见，已收辑在《陆瘦燕针灸论著医案选》中(人民卫生出版社，1984 年 10 月出版)。此间限于注文，未能评论，读者可互参之。

【原文】 补者，一退三飞，真气自归；泻者，一飞三退，邪气自避。补则补其不足，泻则泻其有余。有余者为肿为痛，曰实；不足者为痒为麻，曰虚。

【增注】 此节赋文杨、汪、吴三氏亦无专门注文。所言"飞"者易与辅助手法中之"飞"法相混淆(详见拙著《辅助手法的探讨》)，以故缺注至今。唯汪机在《针灸对问》中卷中称："飞，进也。"据此，则"一退三飞"即"一退三进"；"一飞三退"即"一进三退"，指用"三才法"(将腧穴深度分为三层，上 1/3 为"天才"，中 1/3 为"人才"，下 1/3 为"地才")进退针时的补泻方法，也即施行徐疾补泻法时按"三才法"进退针的操作方法。《灵枢·小针解》云："徐而疾则实者，徐内而疾出针也；疾而徐则虚者，疾内而徐出针也。"故徐疾补泻的进退针原则是：补法时进针慢(或分层)，而退针快(不分层)；泻法时进针快(不分层)而退针慢(或分层)。赋文中一退(快退)三飞(慢进)，符合徐进而疾退的原则，故为补，补则真气归聚；一飞(快进)三退(慢退)，符合疾进而徐退的原则，故为泻，泻则邪气避消。由此申引，古代还有分二层进退针而区别补泻的方法，即将腧

穴深度分为二层（每层约五分），“一退二进”为补，“二退一进”为泻。也可二层与三层结合，则“二退三进”为补，“三退一进”为泻。在后面赋文“治病八法”中可以见到。

“补则补其不足”为言真气不足；“泻则泻其有余”为邪气有余。真气不足者，经气枯涩，故为痒为麻，虚证也；邪气有余，经络之气壅塞，故为肿为痛，实证也。此承前文申述辨别虚实之症状要诀也。

【原文】 气速至而速效，气迟至而不治。死生富贵，针下皆知，贱者硬而贵者脆，生者涩而死者虚，候气不至，必死无疑。

【增注】 此节杨、汪、吴三氏亦无注文。燕等为增补之：“气速”、“效速”，“气迟”、“不治”，“生者涩而死者虚”，“候气不至，必死无疑”数句，义秉《标幽赋》而来，请参阅该赋集注评述，此间从略。“贱者硬而贵者脆”句，则由《灵枢·根结》文意申引而来。《根结》文称：“王公大人，血食之君，身体柔脆，肌肉软弱，血气慓悍滑利。”“贵者脆”即据此，与之相对，则有“贱者硬”之议。贵者肉脆而针易入，贱者肉硬而针难施，生者气易至，死者气不来，故赋曰：“死生富贵，针下皆知。”

【原文】 且夫下针之法：先须爪按重而切之，次令咳嗽一声，随咳下针。

【增注】 此节赋文统论进针之法。所谓“进针”者，燕等认为应作两义解：其一为针刺之伊始，将针刺进腧穴皮层的过程，在每一次针刺过程中与出针相对，仅有一次。其二为针刺透皮后，由皮下进至腧穴一定深度的过程，与退针相对，在每一针刺过程中可有数次（或称数“度”）。本赋前文所述“三才”进退针法是为后者；本节赋文所论，则指前者。杨氏在《针灸大成》卷四“经络迎随设为问答”中设有注文，称在进针时要（先）“左手重切十字缝纹，右手持针于穴上，次令病人咳嗽一

声，随咳进针。”意即先用前十四法中的爪切法，在穴位上重切一“十字缝纹”，使针着穴有准，并令气血宣散，然后命病人咳嗽一声，随咳破皮进针，以免损伤神气。这就是窦默在《标幽赋》中所称：“左手重而多按，欲令气散；右手轻而徐入，不痛之因。”两句赋文在进针时的具体应用。

【原文】 凡补者呼气，初针刺皮内，曰天才；少停进之针，刺至肉内，是人才；又停进针，刺至筋骨之间，名曰地才。此为极处，就当补之。再停良久，却须退至人之分，待气沉紧，倒针朝病，进退往来，飞经走气，尽在其中矣。

【增注】 此段赋文乃承前“三才”补法——为“一退三飞”的进一步申述，并指出可结合“飞经走气”调气法以进行操作的原则。汪、吴两氏均无注，杨氏在《针灸大成》卷四“经络迎随设为问答·补针之要法”中以本段赋文为基础，结合其他补法与调气(行气)法进行了注释。其文曰：“补针之法：长呼气一口(据《素问·离合真邪论篇》补法进针时当呼气)，刺入皮三分，针手经络者，效春夏停二十四息(春夏气温而行疾，手经脉度短而气易至，故留针待气之时也较短)，针足经络者，效秋冬停三十六息(秋冬气寒而行缓，足经脉度长而气至慢，故留针待气之时也较长)，催气针沉，行九阳数，捻九撅九(撅，音厥，掘也，意指提插，其法或用捻转补法，或用提插补法，均用九数)；号曰天才；少停呼气二口，徐徐刺入肉三分，如前息数足，又觉针沉涩，再以生数行之(一、二、三、四、五为生数，此指当用九的质数“三”数)，号曰人才；少停呼气三口，徐徐插筋骨之间，如前息数足，复觉针沉涩，再以生数行之，号曰地才(以上为三进)。再推进一豆许，谓之按(“按”为补虚)，为截、为随也，此为极处(原文下“就当补之”一句杨氏已插叙在各层次中，故此间节略)，静以久留却须退针至人部(针由地部退至人部，乃一退)，(以上为三才补法之操作过程，如需结合飞经走

气,行气至病所,则可按下文操作)。又待气至沉紧时,转针头向病所(此为针芒行气法),自觉针下热,虚羸痒麻,病势各散。针下微沉后,转针头向上(大指向内右捻,此为捻转行气法欲气上行),插进一豆许(此为提插行气法,欲使上行之气,不复返流),动(横卧针身而摇动,即"动而进之,催气之法")而停之,吸之乃去(《素问》补法出针时当吸气),徐入疾出(原为"徐出",据后面泻法注文"呼之乃去,疾入徐出"之意改,此乃徐疾补法之原则,用以总结本手法的全过程操作),其穴急扪之(此为开阖补法)。

以上操作乃杨氏随泉石公之文而设注者,适用于施术穴在病所的下方时,盖泉石公之意,先在施穴处行补法,待真气已补而实,再施飞经走气之法引导经气上行至病所,以弥补其不足。若在病所处施术可不必用后者之法。

【原文】 **凡泻者吸气,初针至天,少停进针于地,待得气泻之,再停良久,却须退针,复至于人,待气沉紧,倒针朝病,法同前矣。**

【增注】 此段赋文乃承前"三才"泻法——为"一飞三退"的进一步描述,也提出了可结合"飞经走气"——调气之法以进行操作的原则。汪、吴两氏亦无注文,杨氏在《针灸大成》卷四"经络迎随设为问答·泻针之要法"中注释如下:其文曰:"泻针之法:插入三分,刺入天部,少停直入地部(此为"一进"),提退一豆许("提"为泻实)得气沉紧,搓捻不动,如前息数足,行六阴之数,捻六撅六(用捻转泻法或提插泻法,均用六数),吸气三口回针,提出至人部,号曰地才;又待气至针沉,如前息数足,以成数行之(六、七、八、九、十为成数,此指用八数),吸气二口,回针提出至天部,号曰人才;又待气至针沉,如前息数足,以成数行之,吸气回针,提出至皮间,号曰天才。退针一豆,谓之提,为担、为迎也,此为极处(以上为"三退")。静

以久留，仍推进人部（以上为三才泻法之操作过程，如需结合飞经走气，使病所邪实之气，下行退至针下而散泄，则可按下文操作），转针头向病所（施行气法），自觉针下冷，寒热肿痛（原作“痛痒”，为“肿痛”之误，据前文“有余者为肿为痛”之意改），病势各退，针下微松，提针一豆许（此为提插行气法，提针使邪气退流至针下），摇而停之，呼之乃出（《素问》泻法出针时用呼气），疾人徐出（此乃徐疾泻法，用以总结本手法的全过程操作），其穴不闭也（此为开阖泻法）。

以上操作乃与前补法相对，杨氏亦随赋设注，宜用于穴在病所下方时。盖先在施术穴行泻法，待经络中邪气已泻而虚后，再施飞经走气法，引导邪气从病所下（退）行至针下而出也。若在病所施术，可不用后面飞经走气之法。

【原文】 其或晕针者，神气虚也，以针补之，以袖掩（原为“搗”，据《针灸聚英》改）之，口鼻气回（原“鼻”下有“而”字，剩文，据《针灸聚英》改），热汤饮之，略停少刻，依前再施。

【增注】 此节赋文杨氏注称：“如针肝经之穴晕，即补肝之合，针入即苏，余仿此。或有投针气晕者，即补足三里，或补人中。大抵晕从心生，心不惧怕，晕从何生？如关公（指三国时关云长）刮骨疗毒而色不变可知。”燕等按杨氏针“肝之合”者，盖为曲泉穴，水生肝木，此虚补其母之法也。投针气晕，杨氏补足三里、人中者，以足三里为胃合，“合治内腑”，胃者五脏六腑之海，乃生化气血之所在，补足三里即补胃气，使胃气能行运周身，亦犹海之行云于天下，气血周行，则何晕之有？人中者任督之相交接者也，任为阴血之海，督为阳气之父，人中乃阴阳之气交贯出人之所，善能醒神宁厥，亦当补之。

【原文】 及夫调气之法，下针至地，复人之分，欲气上行，将针右捻，欲气下行，将针左捻。欲补先呼后吸，欲泻先吸后呼。

【增注】 此下列论各调气之法。“调气法”者，亦称“行气法”。即欲气行向所针穴位之上下感应，多在病所邻近或远处选穴时应用。其构成内容有针向行气、捻转行气、提插行气等，已详见上文补泻之法杨注中。本节赋文乃指捻转行气法而言，杨氏已据赋意插注于前节赋文，故而不另再注。所以要“复人之分”，在人部施行调气法者，以天部应皮肉之气，地部应筋骨之气，人部应血脉之气故也。所以“右捻气上行”，“左捻气下行”之理，为据《素问·五运行大论篇》中“上者右行，下者左行”之理而来。末句“欲补先呼后吸，欲泻先吸后呼”者，此呼吸补泻之大法也，其运用杨氏亦已并于前文注明，不再重复。

【原文】 气不至者，以手循摄，以爪切掐，以针摇动，进捻搓弹，直待气至。

【增注】 此言调气法必在得气之基础上施行，如不得气，可用前“十四法”中行气、催气各法。以赋文重出，故杨、汪、吴诸家均略而不注，燕等亦予从略。

【原文】 以龙虎升腾之法，按之在前，使气在后，按之在后，使气在前，运气至疼痛之所。

【增注】 此言“弩法”，可在龙虎升腾法之后运用，亦调气法之一。其龙虎升腾法因非属调气法范围故泉石公未具体介绍，仅突出了弩法的操作内容。杨、吴两氏亦略而不述，仅汪氏在《针灸问对》中卷中有释文称：“先于天部持针左盘按之一回，右盘按之后一回，用中指将针腰插之（“插”疑为“按”之误），如拨弩机之状，如此九次，象青龙纯阳之体。却推针至地部，右盘提之一回，左盘提之后一回，用中指将针腰插之（亦疑为“按”之误），如此六次，象白虎纯阴之体。按之在后，使气在前，按之在前，使气在后。若气血凝滞不行，两手各持其针行之，此飞经走气之法也。”此法又称“龙虎升降法”，是一种以补

泻法交替操作为主体结合调(行)气法的复合手法。其操作:先进针到天部,左盘一转,紧按进至人部,慢提退回天部,左盘一转,再紧按进至人部,慢提退回天部,如此九次,合青龙纯阳之数,又因以提插补法为行针操作的重要内容,可引天部阳气深入,象征"龙降"。然后插针入地部,右盘一转,紧提退至人部,慢按再进入地部,左盘一转,提按如前,行六阴之数,合白虎纯阴之体,以其应用提插泻法,可引地部阴气外出,如此以盘法为主体,并应用九六、提插补泻法,补泻兼施,龙降虎升,目的在于引导阴阳之气,调和荣卫,纠正阴出阳位,阳入阴分,阴阳易居,气血以并的病理矛盾,故可治各种气血失调的疾病。如为气血凝滞者,在操作过程中要结合"弩法",即用中指轻轻按住针腰,视病所的方向,按之在前,使气在后,按之在后,使气在前,待气行至病所后出针。又因本法以盘法为主,故一般只能在腹部施术时应用。

【原文】 **以纳气之法,扶针直插,复向下纳,使气不回。**

【增注】 本节赋文杨、汪、吴三氏均略而不注。究其原因,盖在下节赋文"治病八法"中有一"抽添之诀",即为本法,诸家因而略而不释,赋文重见于此者,盖欲明此亦调(行)气大法之一也。

【原文】 **若关节阻涩,气不过者,以龙、虎、龟、凤,通经接气,大叚之法,驱而运之,仍以循摄爪切,无不应矣,此通仙之妙。**

【增注】 本节赋文诸家略而不注。盖龙、虎、龟、凤四法赋文仅点其名,无具体述文,盖此四法下文还有详述,泉石公仅在此处备述其亦调气法之类也。直释之,则如遇关节中气血阻滞,凝涩不通之病,使用一般行气法不能通过者,可以用此"青龙摆尾"、"白虎摇头"、"苍龟探穴"、"赤凤迎源"具有通经接气的"大叚"("叚"音"假",远也。意指该四法可有向远处

病所行气的作用)之法,驱气而运散之。也可并用循摄爪切等辅助手法,则无有不应效者,这是通达神仙的玄妙之诀窍。

【原文】 况夫出针之法:病势既退,针气微松,病未退者,针气如根,推之不动,转之不移,此为邪气吸拔其针,真气未至,不可出之。出之者,其病即复,再须补泻,停以待之,直候微松,方可出针豆许,摇而停之。补者吸之去疾,其穴急扪;泻者呼之去除,其穴不闭。欲令腠密,然后调气,故曰下针贵迟,太急伤血,出针贵缓,太急伤气。以上总要,于斯尽矣。

【增注】 此段赋文为论出针之法。杨氏引《医经小学》及《素问》补遗篇注文为注解,其文曰:"《医经小学》云:出针不猛出,必须作三四次徐转出之则可无血,若猛出必见血也。"《素问》补遗篇注云:"动气至而即出针,此猛出也。然与此不同,大抵经络有凝血,欲大泻者,当猛出,若寻常补泻,当依此可也,亦不可不辨。"吴氏《六集》引而无注,汪氏《问对》误列"候气",各家注文均未能伸达赋意,燕等特为增注之:《灵枢·小针解》释《九针十二原》文曰:"言实与虚,若有若无,言实者有气,虚者无气也,察其气之已下与常存也。为虚与实,若得若失者,言补者佖然若有得也,泻则恍然若有失也。"在针刺补虚泻实已后,必须辨别气之存亡得失。已补而实,要使针下原来空虚松滑的感应转为沉重而若有所得,已泻而虚,要使针下原来紧涩的感应转为松滑而若有所失。《灵枢·终始》中也说:"邪气来也紧而疾,谷气(真气)来也徐而和。"意即邪气与真气的来至,在针下是可以感知而区别的,前者紧涩,即赋文所称"针气如根,推之不动,转之不移"之象;后者徐和,即赋文所称"松滑"之象,若未达此目的,则须再施补泻,待达到目的,然后可以出针。至于出针的具体方法是:补者吸气时疾出针而扪穴;泻者呼气时徐出针,摇大针孔,不闭其穴,盖此即呼吸补泻与开阖补泻在出针时的具体应用,故赋文叙明于此。

至于“下针贵迟”，“出针贵缓”二句，为总述出入针之要领。义秉何若愚《流注指微论》中“针入贵速，既入徐进，出针贵缓，急则多伤”之句而来，总的目的，为恐有伤气血也。

赋文至此已备述针刺法之总纲与概要，故结尾称“以上总要，于斯尽矣”。

【原文】 **考夫治病之法有八：一曰烧山火，治顽麻冷痹，先浅后深，用九阳而三进三退，慢提紧按，热至，紧闭出针（原为“插”，衍误，据理而改），除寒之有准。二曰透天凉，治肌热骨蒸，先深后浅，用六阴而三出三入，紧提慢按，徐徐举针，退热之可凭。皆细细搓之，去病准绳。**

【增注】 本段赋文介绍治病的八种复式手法，先叙“烧山火”、“透天凉”两种能祛寒除热，属于纯补纯泻法相互组合的手法。汪机氏在《针灸问对》卷中有载述，杨氏《大成》在卷四中亦有单独的记载，但惜乎释文与赋文未能紧扣，对“用九阳而三进三退”与“用六阴而三出三入”二句，释词多晦而不明，致使读者阅而不能明，学而无法用。为此，燕等曾撰《烧山火与透天凉手法的探讨》一文，1963 年发表在《中医药杂志》9 月号上，后又收载在《陆瘦燕针灸论著医案选》中，读者可以查阅。至于对赋文之释解，所称烧山火时用“先浅后深”，透天凉时用“先深后浅”，乃是针对进针后由皮下至腧穴一定深度的进退针操作而言。“先浅后深”乃指赋文前称之“补者一退三飞”，意即烧山火时进针要按补的原则“徐而疾”，由浅入深，逐层引导阳气下入；“先深后浅”则指前文“泻者一飞三退”，即透天凉时要按泻的原则“疾而徐”，由深出浅，逐层引导阴气上出。“用九阳”与“用六阴”是指烧山火与透天凉手法应分别用九阳数与六阴数，即烧山火在“三进”时，必须分别在天、人、地三部依次用提插补法，“慢提紧按”九次；透天凉在“三退”时，必须也在地、人、天三部依次用提插泻法，“紧提慢按”六次。

"三进三退"与"三出三入"中,"进退"与"出入"义同,意指烧山火时以"一退三飞"为一度进退行针,透天凉时以"一飞三退"为一度进退行针,如此反复三度,即为三度进针与退针,故称"三进三退"与"三出三入"。烧山火时"紧闭出针"与"透天凉"时的"徐徐举针",前者是开阖补法,后者是开阖泻法。由于烧山火操作"一退三飞"、"先浅后深",从阳引阴,引天部阳气入内;"紧按慢提",以推送阳气内入;"紧闭出针",不使已补而实的阳气外泄,阳主热,所以能"热至"而"除寒",治顽麻冷痹等阴寒之疾。透天凉操作"一飞三退"、"先深后浅",从阴引阳,引地部阴气外出;"紧提慢按",以引提阴气外出;"徐徐举针",听凭阳热之邪散泄,阳邪泄而阴气至,阴主寒,所以能"退热"而治肌热骨蒸等阳热之病。"皆细细搓之",意指本法也可结合捻转搓针法,即在烧山火时"紧按"可结合左转;透天凉时"紧提"可结合右转,但这不是主要操作内容,故泉石公仅在赋文后轻提一笔而已。

【原文】 **三曰阳中隐阴,先寒后热,浅而深,以九六之法,则先补后泻也。四曰阴中隐阳,先热后寒,深而浅,以六九之方,则先泻后补也。补者直须热至,泻者务待寒侵,犹如搓线,慢慢转针。盖法在浅则用浅,法在深则用深,两者不可兼而紊也。**

【增注】 本节赋文叙述"阳中隐阴","阴中隐阳"两种寒热交错、虚热夹杂、补泻兼施的手法。汪氏《问对》、杨氏《大成》、吴氏《六集》,虽均有载述,但也因仅注明部分内容,对"九六之法"与"六九之方",究作何解?应附加在何种手法之上?均未言明。如《大成》卷四中云:"凡用针之时,先运入五分,乃行九阳数,如觉微热,便运一寸之内,却行六阴之数,以得气,此乃阳中隐阴,可治先寒后热之症,先补后泻也。""凡用针之时,先运一寸,乃行六阴之数,如觉病微凉,即退至五分之中,

却行九阳数，以得气，此乃阴中隐阳，可治先热后寒之症，先泻后补也。"《问对》卷中则云："阳中隐阴：先寒后热浅以深，针入五分，行九阳之数，热至，便进针一寸，行六阴之数，乃阳行阴道，则先补后泻也。阴中隐阳：先热后寒深而浅，先针一寸，行六阴之数，乃阴行阳道之理，则先泻后补也。"两家释文，对"阳中隐阴"的浅而深，均释作先进针五分，行九阳之数的手法，后进至一寸，行六阴之数的手法，这是徐疾补泻的二进，手法完毕后从一寸处退至皮下，这是一退，"二进一退"，即先浅后深、"徐而疾"的补法；对"阴中隐阳"的深而浅，均作先进针直刺一寸，这是一进，在深部施行六阴数后，从一寸处退针至五分处，施行九阳数手法，这是二退，"一进二退"，即"先深后浅"、"疾而徐"的泻法。阳中隐阴先行九数而后行六数，故称"九六之法"；阴中隐阳先行六数而后行九数，即为"六九之方"。但九数与六数均为数量代词，本身不包括具体的操作方法，赋文对此秘而不宣，杨、汪两氏也释而不明，致使学者无法可循，茫然无可作为。燕等则认为赋文既继称"补者直须热至"、"泻者务待寒侵"，则意已指明施用九阳数补时，须与能产生热感的手法结合；施用六阴数泻时，可和能产生凉感的手法合用。赋文前在"烧山火"与"透天凉"手法中既已指明，"慢提紧按"时能有"热至"的感应，"紧提慢按"时可产生"寒生"的感应，意即"提插补泻"若与"九六补泻"结合，是产生寒热感的关键。故行九阳数时应"慢提紧按"，行六阴数时应"紧提慢按"。赋文末所称"犹如搓线"、"慢慢转针"，也与前"烧山火"、"透天凉"一样，即可在"紧按"时结合左转针，在"紧提"时并施右转针，以加强产生寒热感的效应，此也非必要条件。最后"法在浅则用浅"、"法在深则用深"，则是强调手法的关键是要操作时层次分明，不能含糊不清。在释明赋文意义的基础上，则本两法的具体操作、组织结构、作用机理如下：

阳中隐阳法：将穴位的深度分成两层，先运针进入浅部上1/2（约五分）层，在该层内施提插补法，慢提紧按九次，再运针进入深部下1/2（约一寸）层，在该层内施提插泻法，紧提慢按六次，然后退至皮下，此为"一度"行针，如未达目的，可如前再施，以三度为准。如此二进一退（徐疾补法），加上提插、九六各一补一泻，形成三补二泻的形式结构，故是一种多补少泻、以补为主、先补后泻、补中有泻的手法，能治先寒后热、虚中夹实的病症。

阴中隐阳法：也将穴位深度分为两层，先运针由皮下进入深部下1/2（约一寸）处，在该部行提插泻法，紧提慢按六次，然后退至浅部上1/2（约五分）处，在该部施提插补法，慢提紧按九次，此为一度，未达目的，再行二度，至三度为止。这是由一进二退（徐疾泻法），加提插、九六各一补一泻组成，为三泻二补的形式结构，故是多泻少补、以泻为主、先泻后补、泻中有补的手法，能治先热后寒，实中有虚的病症。

【原文】 五曰子午捣臼；水蛊膈气，落穴之后，调气均匀，针行上下，九入六出，左右转之，千（原为"十"今从《问对》、《六集》改）遭自平。

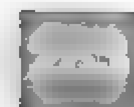
【增注】 本法汪、杨、吴三氏所述均欠明白，唯吴氏在《六集》中对其名义作了解释，对理解赋文甚有助益。其文曰："子午捣臼，以法言也。阳生于子，阴生于午，丹家用此二时，捣和药物于窝臼之中，欲诸品调匀，法以千杵为率。水蛊膈气，阴阳愆和之所致也，用针落穴之后，调摄阴阳二气，使之均匀，针之所行上下者，九入六出，左右转之千遭，气血匀调，如子午捣臼，调均药物，于水蛊膈气乎何有？"据此则命名为"捣臼"者，盖意射"针行上下"，言提插针体，上下行针，如杵捣臼之形也。"左右转之"亦如前述四法，言在提插补泻中可结合捻转补泻也。唯"九入六出"一句，诸家之注，均含糊其辞；"千遭自平"

之句，注文亦无着落。燕等推敲再三，思前三才进退针法中古有"三进二退"为补之法，恍悟此"九入六出"者，盖为"三进二退"三度行针之数也。至于"千遭"之议，查杨氏在《大成》中曾含蓄地指出："万病自然合大数。"影射要用"阴阳之大数"进行操作，而阴阳之大数者，则为老阴（六六三十六）、老阳（九九八十一）也。据此则其操作如下：

进针后，将腧穴深度分为三层，先在上1/3（天部）施"慢提紧按"九九八十一次（每次行针二十七数，三次行针而成八十一数），行老阳之数，并在"紧按"时结合左转；次进至中1/3（人部）提插、捻转亦如前；最后进至下1/3（地部），再操作如前这是"三进"的过程。然后将腧穴深度分为二层，先在下1/2（深部）施"紧提慢按"六六三十六次（每次一十八数，二次行针而成三十六数），行老阴之数，并在"紧提"时结合右转；再退至上1/2（浅部），施术同前，这是"二退"的过程。"三进二退"是为一度，如此三度，计为"九进六退"，亦即"九入六出"之义。每度中"慢提紧按"兼"左转"行针81×3＝243次，"紧提慢按"兼"右转"行针36×2＝72次，计315次，三度行针，则为315×3＝945次，接近行针千遭之数。由于提插补泻与左右转针均是依据阴阳顺逆的关系发展而来，善能调整阴阳之偏胜与偏衰，手法的结构是综合了三度三进二退（徐疾补法），计九度提插、捻转补法及六度提插、捻转泻法而成，补多泻少，与前"阳中隐阴法"有类似之处，也是以补为主、补中有泻、补阳泻阴的方法，故可治阳虚阴盛，水蛊膈气之病。

【原文】 六曰进气之诀，腰背肘膝痛，浑身走注疼，刺九分，行九补，卧针五七吸，待气上下。

【增注】 此法名"进气法"，亦称"运气法"，以其能运进经气而得名。诸家所引赋文或为版本不同，或传抄有误，文词多有出入：其中"刺九分"，吴氏《六集》秉之，汪氏《问对》作"天



部”，杨氏《大成》则避而不载。“行九阳”，吴氏、汪氏均秉承之，唯杨氏则作“先行纯阴之数”。对其作用，吴氏释称：“进气，进阳气也，走注作痛，阴邪壅塞患也。”据此则欲进阳气，当从阳引阴，汪氏先“针入天部”者是也。在天部“慢提紧按”行九阳之数，以引天部之阳气下入，待已补而实，阳气隆至之时，即横卧针身，针尖向病所，令病者吸气五～七口，使阳气行运至病所，以驱散其阴霾之邪。但杨氏“先行纯阴之数”之议，主张先用泻法，亦非无理之言。盖疼痛者实也，邪气壅塞者亦实也。实证用泻，理所当然，泻当先深后浅，故赋文称“先刺九分”，但欲用泻，应行六数，此或赋文有鱼鲁之误，若先用泻法则应先在九分深处（地部），施紧提慢按，行六阴之数，待已泻而虚，然后卧针行气，再如前施。燕等则认为疼痛之病，也当分辨虚实，凡痛而灼热拒按者为实，痛而喜热欲按者为虚中之实。前者当先泻而后行气，后者当先补而后行气，两家之说可视为二而一者也。

【原文】 亦或龙虎交战，左捻九而右捻六，是亦住痛之针。

【增注】 本法汪氏《问对》中载称：“下针之时，先行龙而左转，可施九阳数足，后行虎而右转，又施六阴数足，乃首龙尾虎以补泻。”杨氏《大成》则补充说：“三部俱一补一泻。”故龙虎交战也是补泻兼施的手法，以捻转补泻一补一泻为特征，由于左右转针也有行气的作用，右转气上行，左转气下行，气行一上一下，能推动壅滞之气血，使之行散，“不通则痛，通则不痛。”故亦能“住痛”，并可在天、人、地三部分层施行。

本法与前进气法同为住痛之法，但前进气法以行气至病所为目的，故宜于在病所远处施术时应用；本法以疏通局部壅塞之气为目的，宜于在病所局部或邻近施术时应用。

【原文】 七曰留气之诀，痃瘕癖癥，针刺七分，用纯阳，然

后乃直插针，气来深刺，提针再停。

【增注】 本法简称“留气法”，亦名“流气法”。汪氏《问对》中称：“用针之时，先进七分之中，行纯阳之数，若得气，便深入伸提之，却退至原处，又得气，依前法。”杨氏《大成》中则称“凡用针，选运入七之中，行纯阳之数，若得气，深到一寸中，微伸提之，却退至原处，若未得气，依前法再行。”赋文与两氏释文皆未言明其具体行针的手法，使读者无法进行操作。吴氏《六集》则释称：“留气，留阳气也。痃癖癥瘕，阴寒所凝，故聚阳气以胜之，亦东风解冻之意。”据此，则本法之操作应以补阳泻阴、益气散积为主导，先运针进入七分（腧穴深度之大半），慢提紧按九阳之数，待气至觉热，便深入一寸（腧穴深度之小半），紧提慢按六阴之数，此为一度。如行二度，再将针退至皮下，依前法再次进至七分，同前施法。本法也与阳中隐阴法相类，也是多补少泻、先补后泻、以补为主、补中有泻的手法。但其特点是将腧穴深度按七三分层，先七后三，在七分中用补，提插幅度较大，是谓“大补”；在三分中用泻，提插幅度较小，是谓“小泻”。即用大补以助阳气，施小泻以散阴邪，气行则血行，气温则血滑，阳气布而阴霾自散，故可治痃癖瘕癥等疾。

【原文】 **八曰抽添之诀，瘫痪疮癞，取其要穴，使九阳得气，提按搜寻，大要运气周遍，扶针直插，复向下纳，回阳倒阴，指下玄微，胸中活法，一有未应，反复再施。**

【增注】 本法即赋文前称之“纳气法”，亦称“中气法”。前“纳气之法”中称“扶针直插，复向下纳，使气不回”，与本法所称“扶针直插，复向下纳”同。所异者，本法又补充了“使九阳得气，提按搜寻，大要运气周遍”数语。汪氏、吴氏对此均未能注明，唯杨氏称：“凡用针之时，先行运气之法，或阳或阴，便卧其针，向外（疑为“上”之误）至痛疼（疑漏一“处”字），立起

其针，不与内气回也。”清楚地指出本法是在前进气法施行补泻后（阳补阴泻，即赋文所云“提按搜寻”，杨氏所称“或阳或阴”），卧倒针身，针尖指向病所，用针向行气法（亦可结合呼吸行气，令病者吸气五～七口），使气行运至病所。此即赋中补充说明之文意。所以要扶针直插，复向下纳者，目的在使上行之气不复返回，有催气逼气的作用。故其结构是补泻法与行（调）气法的综合运用。“治风先治血，血行风自灭”，气血通行，则风痹瘫痪之疾，何由而生焉。

末后五句，乃总结上列治病八法，能有“回阳倒阴”之功，其要旨在于手指玄妙微细之力，以及心神之灵活运用，如果一度行针未有效应，可以反复再施，不必拘限。

【原文】 若夫过关过节催运气，以飞经走气，其法有四：一曰青龙摆尾，如扶船舵，不进不退，一左一右，慢慢拨动。

【增注】 此继论通关过节，飞经走气四种综合手法：其一名“青龙摆尾”。杨氏《大成》称：“苍（青）龙摆尾行关节，回拨将针慢慢扶，一似江中船上舵，周身遍体气流普。”又曰：“或用补法而就得气，则纯补，补法未得气，则用泻，此亦人之活变也。”其法：先用提插补法，使之得气，若不得气，可改用泻法。在得气的基础上，横卧针身，针尖指向病所，插针至人部，使针感指向病所，然后扶住针尾，一左一右，慢慢动摇，如扶船舵之状，摇九次，停下，再摇九次，至三九二十七数，催气向前行进。故本法的构成是以针向行气为主，结合动摇行气与九六补泻组成，是一种综合行气法。由于其动摇时应用三九之数，故属于补的范围。

【原文】 二曰白虎摇头，手似摇铃，退方进圆，兼之左右，摇之振之。

【增注】 本节赋文措词玄奥，故吴氏《六集》载而不明。杨氏《大成》则与后“赤凤迎源”法相混淆，改名“赤风摇头”，释

文亦晦而不明，唯汪氏《问对》中称："白虎摇头行血，虎为阴属之故。行针之时，插针地部，持针提而动之，如摇铃之状，每穴施五息（一呼一吸为一息）。"又曰："退方进圆者，非出入也，即大指前进、往后，左右略转，提针而动之，似虎摇头之状。"在"十四法·动法"中则具体载称："凡下针时，如气不行，将针摇之，如摇铃状，动而振之，每穴每次须摇五息，一呼一摇，按针左转，一吸一摇，提针右转，故曰动以运气，白虎摇头，亦用此法。"故本法是以辅助手法中动摇行气（即提插、呼吸、捻转等行气手法与摇法相结合的特殊辅助手法）为主，结合徐疾泻法为辅的综合手法。操作时先深刺至地部，然后提退至人部（徐疾泻法），随着病人呼吸，呼气时插针左转，导气下行，呼气时提针右转，催气上行，同时直立针身，提插捻转针而动摇之，摇针五息之久，状似摇头。因本法内含先深后浅的徐疾泻法，故属阴泻，虎为阴兽，血属阴液，故白虎摇头功能行血，属泻法的范围。

【原文】　三曰苍龟探穴，如入土之象，一退三进，钻剔四方。

【增注】　本法赋文亦载而不明，故杨、吴二氏均略而不详，唯汪氏《问对》曰："得气之时，将针似龟入土之状，缓缓进之，上下左右而探之。"又曰："行经脉也。"其法斜向进针，按先浅后深、三进一退的补法进退针法操作，并按先上后下，次左后右的方向顺序进行针刺。由于本以针向行气法为主，可引导针感向腧穴四周放散，同时结合徐疾进退针补法，故可行经脉之气，属于补的范围。

【原文】　四曰赤凤迎源，展翅之仪，入针至地，提针至天，候针自摇，复进其元，上下左右，四围飞旋。病在上，吸而退之，病在下，呼而进之。

【增注】　本法杨、吴两氏亦均无注，汪氏《问对》中称："下



针之时，入天插地，复提至天，候气入地，针必动摇，又复推至人部，持住针头，左盘按而捣之，如凤冲风摆翼之状。”又曰：“行络脉也。”汪氏文意虽较明白，但对赋文“上下左右，四周飞旋”二句，解作“左盘按而捣之，如凤冲风摆翼之状”欠明。查李梴《医学入门》对赋文此两句释作“如展翅之状”，则意“上下”为提插针，“左右”为捻转针，在提插捻转针的基础上，手指一捻一放，拇食二指一展一合，有如飞鸟展翼之形，称为“飞法”，也是一种辅助手法，有催气、行气的作用。综合诸文献记载，则本法的操作：进针后先至地部，后退至天部，将针体上下提插，并结合左右捻转，慢速运针，一捻一放，形如凤凰展翼冲风而飞之状。由于本法先深后浅，是徐疾泻法，再用具有行气催气作用的“飞法”，故可行络脉之血，属泻的范围。如果病所在施术穴位的上方，可在吸气时提退针身，开启门户，以使气上行至病所；若在施术穴的下方，可在呼气时插进针体，关闭其路，使气返流至病所。

【原文】 至夫久患偏枯，通经接气之法，已有定息寸数。手足三阳，上九而下十四，过经四寸；手足三阴，上七而下十二，过经七寸(原为“五”，据《流经指微论》改)。

【增注】 本法又称“生成息数”，首见于金何若愚《流注指微论》，何氏据《灵枢·脉度》所载手足三阴三阳经脉长度，结合《灵枢·五十营》中“人一呼，脉再动，气行三寸；一吸，脉亦再动，气行三寸，呼吸定息，气行六寸”的记载，创用了本法。他在《流注指微赋》中说：“接气通经，短长依法。”并在《流注指微论》中指明：“手之三阳，接而九呼，过经四寸；手之三阴，接而七呼，过经七寸；足之三阳，接而一十四呼，过经四寸；足之三阴，接而一十二呼，过经七寸。重者倍之，吸亦同数。”意即治疗痿痹偏枯之疾，可以用这种“接气通经”的方法，使气血通流，上下相接。其法按经脉脉度之长，手三阳脉长五尺，呼吸

九次，气行五尺四寸，过经四寸；手三阴脉长三尺五寸，呼吸七次，气行四尺二寸，过经七寸；足三阳脉长八尺，呼吸十四次，气行八尺四寸，过经四寸；足三阴脉长六尺五寸，呼吸十二次，气行七尺二寸，过经七寸。赋文之义，盖秉此而来。同时汪机在《针灸问对》中指出："要知接气通经，须明上接下引，接引要知交会。""阳经上接下引，阴经下接上引。"交会者：如手太阳交会足太阳（于头部睛明穴），手少阳交会足少阳（于头部瞳子髎穴），手阳明交会足阳明（于头部迎香穴），足太阴交会手太阴（于胸部中府穴），足少阴交会手少阴（于胸部心脏），足厥阴交会手厥阴（于胸部天池穴）。因阳经是从手走头而后从头走足，所以手经下交于足经，称为"上接下引"；阴经是从足走胸而后从胸走手，故足经上交手经，称为"下接上引"。这种"接引"关系，在通经接气法中的运用是：在按上述法则，依经脉长度、呼吸足数后，凡病在接经，则接经宜补，引经宜泻；病在引经，则引经宜补，接经宜泻；如接经与引经同病，则接经先补后泻，引经先泻后补。

【原文】 **在乎摇动出纳，呼吸同法，驱运气血，顷刻周流，上下通接，可使寒者暖而热者凉，痛者止而胀者消，若开渠之决水，立时见功，何倾危之不起哉？**

【增注】 此承上文，言施用通经接气法，呼吸足数后，仍须按虚实施行诸般手法，如摇动出纳（入）等诸多针法，其呼吸一准上法，这样可以驱使气血周流运转，上下接通，可使寒证回温，热证转凉，痛者立止，胀者速消，犹如开掘渠道而决洪水，功效迅速，何惧沉疴濒危之病难以好转。此泉石公用夸大笔法，描述本赋各手法之神妙，意在唤起人们重视。

【原文】 **虽曰病有三因，皆从气血，针分八法，不离阴阳。盖经络昼夜之循环，呼吸往来之不息，和则身体康健，否则疾病竞生。譬如天下国家地方，山海田园，江河溪谷，值岁时风**

雨均调，则水道疏利，民安物阜，其或一方一所，风雨不均，遭以旱涝，使水道涌竭，不同灾害遂至。人之气血受病三因，亦犹方所之于旱涝也。盖针砭所以通经脉，均气血，蠲邪扶正，故曰捷法，最奇者哉。

【增注】 此泉石公综论针刺与人体生理病理的关系，藉以突出此捷法之奇妙，诸家均略而不注，燕等特补注之。赋文之意曰：虽说病有内因、外因、不内外因等三因，但其发病机理均由气血失和所致。针刺有上列治病八法，但其理则离不开阴阳的原则。盖在人体正常的生理状态之下，经络中气血是昼夜循环不停的，它是靠呼吸的出入往来推送而维持的。气血和通，则身体健康，气血失和，则诸病丛生。譬如天下国家各地方，有山海、田园、江河、溪谷等自然条件一样，如果年岁与时令中，风雨调和而匀称，那么就水道疏通而流利，人民安居而物产丰富；如有些地方风雨失调而不均，遭受旱涝之灾，使得水道或者涌溢，或者枯竭，不同的灾害也就会随之而来。如果人的气血，因受三因的侵犯，也像地方上发生旱涝，其为害也相类同。由于针刺能起疏通经络，调均气血，蠲除病邪，扶佐正气的作用，所以说，本赋文所载的针刺捷效之法，最为奇妙。

【原文】 嗟夫轩岐古远，卢扁久亡，此道幽深，非一言而可尽，斯文细密，在久习而能通，岂世上之常辞，庸流之泛术，得之者若科之及第而悦于心，用之者如射之发中而进于目。述自先贤，传之后学，用针之士，有志于斯，果能洞造玄微，而尽其精妙，则世之伏枕之疴，有缘者遇针到病除，其病随手而愈矣。

【增注】 此为赋文之结尾，泉石公慨叹古圣益远，针道日衰，学者精究此文，如能洞彻其妙则可针起沉疴，造福人世。诸家亦均略而不注，为求达其全意，燕等亦补释之。赋文曰：

可叹上古时代的轩辕、岐伯两氏去古已远，战国时期的名医扁鹊也早已亡故，况此针刺之道理幽隐而深奥，不是一句话可以讲清楚的，因此本文含义就比较细致精密，读者必须久学而时温习之才能通晓。赋文所言，决不是世上的常辞俗法、庸医的泛泛之术，如果谁能深得其中的奥妙，就好像科试的及第，可大悦于心，应用时能如射箭命中目的，针到病除。本赋文所列之法，都是秉受先贤的传授而来，目的在传授给后世学者，如果用针的医士，有志于此针刺之道，能够深入明白其中玄奥幽微的地方，完全得到其中精细巧妙的技术，那么世上俯伏枕席的沉重疾病，遇有机缘者，可以针到病除，其所病苦，可以随手而皆愈。

按：本《增注》乃陆、朱两师主编之《针灸学习丛书·针灸歌赋选解》一书之残存稿，是十年动乱中劫后幸存者。本赋由于文意幽隐，深奥难懂，故历代注家不多，即如杨继洲、汪机、吴崑等诸贤，亦均注而不能详，述而不能达，致使针刺手法，千百年来针家视为绝学，能系统掌握并叙明其机理者，少而鲜矣。陆、朱两师精研斯道，于20世纪50年代末即著《刺灸法汇论》一书，并发表论文多篇，对针刺手法的作用性质首先作了比较科学而全面的分类；对手法的结构形式创见性地作了解剖和分析。率先以结构形式为基础，作用性质为指导，阐明了各种综合手法的操作与功能，为当今针刺手法之研究、推广和教学开掘了先河。本《增注》即陆、朱两师在精研手法、解剖手法、深究赋文全意的基础上撰写而成，是当代注释本赋最全面、最深刻的作品，特整理充实而纂辑之，以飨读者。

针灸学家李培卿的学术经验

先父培卿公，字怀德（公元1865～1947年），原籍上海，为法华李氏之后裔，太平天国后，始迁居于江苏嘉定之西门外。行年二十有二，拜四明陈慕兰先生为师，以其事师若父，故陈师亦肯尽授其秘，加以勤学苦练，广览诸中，深究金元四家之说，研习窦太师、杨继洲诸家之术，而对《灵》、《素》之书，钻研尤深，故能学有专长。

先父之学术成就，随其经验之累积而逐步深湛。早年，悬壶于嘉定严庙乡时，除秉承师传外，并转辗江浙间，广出求贤，凡有一得之见或一技之长者，必躬自师之，务得其技而后已。故能博采众长而卓然成家。此时，在针具方面，习用长针，取穴崇尚精简，针、灸并用。中年，分别设诊所于昆、沪两地，业务更盛，经验更丰，由是术更精湛，声誉斐然；在此期间，创用"温针"，提倡"伏针"，尤其对"伏针"之创说，实为针灸医学上之一大贡献。晚年，对针刺手法体会更深，达炉火纯青之境，故在施术时，改变为慢针细捻手法，临床中每获奇效，故病家有"神针"之誉。兹仅就我等回忆所及，将其学术经验点滴，简介于后：

一、学术思想

1. 重视脾胃，强调经络

先父对李东垣的《脾胃论》最为推崇，认为人身的元气，是

立命的根本，而元气必须依靠脾胃之气的滋养，才能充实不衰。若脾胃之气先损，往往百病由此而丛生。他认为元气就是人体禀受于父母先天的精气，精气是固藏于肾中，故肾气的充足与否，是决定元气虚实的基础，也是诸病发生的根本原因。所以脾肾二脏的虚损，实为致病之根。因此他在治疗上崇尚窦汉卿"水土是根基"的学说，重视脾肾二脏的虚实，从调理水土入手。基于这种观点，所以在取穴时多偏重于足阳明、足少阴二经。

先父选穴，必以经络为根据，因此疗效很好。他认为：虽然十二经脉各有所主，但任脉为诸阴之海，督脉为诸阳之纲，在作用上更为重要，必须和足阳明、足少阴二经等量齐观。而督脉之别，别走太阳，足太阳又为诸阳主气，所以五脏六腑的背俞穴都在足太阳经，在治疗上也很重要。据此为理，他不但在治疗脏腑病时重用足太阳经的俞穴，即在治疗六淫外邪之疾病时，也配用背部俞穴。例如：风症刺肺俞、湿症刺脾俞、寒症刺肾俞等。这种观点和李东垣有共同之处。

2. 切诊太溪、冲阳

先父很重视辨证论治。由于他对病机的看法着重脾肾，故重视太溪脉（足少阴肾）和冲阳脉（足阳明胃）的切诊。当诊寸口脉有可疑时，常结合以助诊断。他认为：寸口脉尺部微弱者，太溪脉也必濡细；寸口脉左关细弱的，冲阳脉也相类似。上盛下虚的病者，寸口多大于冲阳、太溪；下盛上虚者，寸口多小于冲阳、太溪。冲阳脉偏亢者，胃火有余；太溪脉盛实者，相火常炽，如果参合诊断，大有益处。而诊察太溪、冲阳，则更可洞悉脾肾二脏的虚实，对疾病的预后也有帮助。

3. 创用温针

温针这一方法虽然早见于张仲景的《伤寒论》，后来王节斋将其诋为"俗法"，认为"行于山野贫贱之人，经络受风致病

者或有效，只是温针通气而已，于血宜衍，于疾无与”。因此，明、清以来，这种古法已推行不广。先父首先采用此既快速、又有效的方法。他体会到：温针不但有温行经气的功效，还有帮助加强手法的作用，不论在补法或泻法都可应用。他说：“补法的目的，一在于温补经络的阳气，二在于推助营气的循环。温针燃艾于针尾，藉艾火的热力，通过针体的传导，可以透达肌肤，直入内部，起温阳的功效。同时，血气的循环，遇热则可加快其流行，温针能将热力引入深处，最能起帮助血气运行的作用，所以在补法之后使用，可以加强其效果。泻法的目的，除了阳热有余必须用手法来引导其外泄外，另一种作用是经气为外邪所闭阻，欲藉针刺之力，使邪气宣泄，经络通畅，若配合温针，可以加强血气的运行，达到去壅决滞的目的。”

不但如此，在阳亢的病例也可以施用温针。他的理解是：阴虚阳亢的病理机制，往往是浮阳上越，上盛下虚，如果能引导虚浮之阳下行，则亢盛的阳气就能潜伏而不为病害；所以当肝阳偏亢时，若在下肢应用温针，亦常可收立竿见影之效。对阴盛格阳的病例，亦可用温针。他认为格阳证所以危险，在于真阳外越、造化之根行将脱绝之故，必须迅速引导无根之阳，归潜于命门。此时应用温针，有温固的作用。他常采用关元、气海施用温针，也有一定的效果。

先父虽然创用温针，但认为不能代替灸法，认为温针的作用，是取其温暖，使病人不觉灼烫，借以加强针刺的力量；不像灸法必须靠艾火之力，欲其振阳起陷，祛退阴寒，在作用上是截然不同的。应该灸治的病例，必须考虑及时施灸。

对温针的艾炷大小和灸壮多少问题，先父认为：温针的目的在求其温暖，不求其灼热，所以艾炷不宜过大，灸壮不宜过多，一般只须燃灸一壮（枣核大）就够了，否则灼伤皮肤，非但达不到治疗的目的，反而增加病人的痛苦，有失温针的用意。

温针也有禁忌之症，凡在高热之时或抽搐、震颤，不能留针的病例，则不宜施用。

4. 习用毫针

先父在行医初期，会采用长针，但到了中年，他体会到长针的性能没有毫针良好，所以除了针刺个别较深的穴位仍用长针外，平时都改用毫针。他觉得长针的针体较粗，施行手法时肌肤损伤较多，有伤正的缺点。他认为毫针优点是：① 泻病邪而不伤正气；② 安全可靠，适宜于针刺全身各部分的腧穴；③ 运针灵活，可以进退捻转自如。所以先父乐于用此，并说："善用针者，无如毫针为佳。"从几十年的临床实践中，体会到针的锋芒不宜过锐，必须圆利相当，如果太锐了，反容易使病人觉痛。为此他特地创制"秤杆形"（就是针芒如秤杆之末梢，呈椭圆而不过于尖锐的一种针尖形式）针具，刺针时可减除病者的痛感。对针具质地的选择，先父认为黄金为五金之长，功能坚骨髓，通利五脏邪气，有补而去病的作用。且其质柔软，不易生锈，使用习惯后，捻运也很方便。

5. 重视提插、捻转手法

先父非常重视针刺补泻手法的运用，而其一生之中最有心得的针刺手法，就是提插、捻转两种。他认为："提插"和"捻转"是针刺手法的基础，寓有先天、后天之义。提插法以阳下之为补，阴上之为泻，是针对元气虚实而设。元气禀受于父母先天的精气，就是元阳和元阴之气，所以用阴阳的概念来代表，有调补先天之气的作用。捻转法以顺经捻转为补，逆经捻转为泻，是根据营气循环的有余不足而创设的，营气出自中焦，秉后天水谷之气而生，所以有疏调后天之气的功效。如果能掌握这两种手法，则一切的补泻方法尽在其中了。先父的捻转补泻操作法，是以营气循环的方向为施术依据的。补法时，手三阳、足三阴及任脉，大指向后；手三阴、足三阳及督脉，

大指向前。泻法时，手三阳、足三阴及任脉，大指向前；手三阴、足三阳及督脉，大指向后。这是以《神应经》的理论为基础，结合他的临床体会而创造的。我等沿用至今，确有良好的效果。

6. 提倡伏针、伏灸

“伏针”之说在前人文献中无从考稽，是先父的发明。他自中年以后，结合人和自然的关系，体会到伏天气候炎热，腠理开疏，若于此时进行针治，必能引导伏留筋骨深处的外邪容易外泄，同时伏天阳气旺盛，于此时针灸，可以添助不足之阳气，加强卫外的作用，有助疗效的巩固，因此提倡伏针、伏灸。目前这种方法已相沿成风，为很多医家所采用，也为病家所欢迎。

二、临床经验

先父的医案，散佚无存，现仅从回忆中整理出下列十种疾病的治疗方法，以供参考。先父并通晓内、眼二科，擅用汤药，今所介绍者，主要为针灸方面的经验，汤药部分只保留少量特色验方。

1. 中风

对本病预后吉凶的判断，主要以神志的明昧为根据。凡神志昏迷者，多属重症；清楚者，多属轻症。神志由昧转清，是向愈之兆；由清转昧，则常预示证情凶险；神志半清半昧日久者多死，如能幸而获救者，肢体偏废多不能恢复。在神志昏迷的病候中，又以“口开”心绝，“二便失禁”肾绝为最险恶。如果大汗不止，则是六阳之气暴脱之候，往往命在俄顷之间。分辨闭脱，为图治的准则，一般在初期偏重于潜阳降浊。

取穴：百会一、风池一、太阳一、合谷一、太冲一、丰隆一。

手法：提插。

如神志渐清，浮阳渐平，则除疏通经络外，还须照顾脾肾，调理先、后天的根本。

取穴：地仓－、颊车－、肩髃－、曲池－、合谷－、阳陵泉－、绝骨（用捻转）、中脘－、气海＋、关元＋、足三里－、三阴交＋、太溪＋、然谷＋（用提插），并结合温针。

2. 痹证

除以脉象和舌苔的变化为辨证的主要标志外，并参合病者的麻、痛、酸等感觉，作为判断病情的依据。凡麻木者为气虚，酸多者血虚，痛多者邪盛，酸麻相兼者气血二亏，酸痛交并者血虚而邪盛，在治疗上应分别处理。新病邪盛的，单纯用"以痛为腧"局部取穴的方法，久病气血二亏的，须兼顾调理脾胃，益其荣卫之气。

取穴：膈俞＋、脾俞＋、中脘＋、足三里＋、然谷＋、太渊＋。

手法：提插、捻转。

3. 癫、狂、痫

癫和狂，往往二症相兼，可以交替出现。痫症虽然不同于癫狂，但其病因亦同，都是痰浊蒙蔽心窍之故，所以治疗重用鸠尾，以粗针刺入二寸半至三寸，施用紧提慢按法。癫狂症还配足三里、丰隆泻之，以降气化痰，泻上星、百会、神门以清心宁神，常有奇效。对因惊而成的癫狂症，在取用鸠尾施术时，兼以冷水洒泼胸腹脸穴处，有经治二三次即愈者。治疗痫症，还需结合发病时间，日发者取阳蹻，夜发者用阴蹻，亦有良效。

4. 虚劳

对虚劳病的辨证论治，先父最推崇李中梓的学说，认为只要脾肾二脏安和，则百病皆治。治疗上分别为阳虚、阴虚二类，凡阳虚者以温阳益气、培补脾胃为先，阴虚者则补肾益精、

滋水降火为法。

阳虚：大椎、膏肓、气海、关元、命门、中脘、章门、足三里。

以上各穴轮流施灸，每穴3～7壮，艾炷为麦粒大，每星期1～2次，3个月为一疗程。

阴虚：肾俞＋、太溪＋、关元＋、膈俞＋、三阴交＋、劳宫－、行间－。

手法：以提插为主。

5. 麻风

先父认为本病乃邪气与卫气相搏，致脉道壅塞不利。若风邪壅聚，则肌肉䐜胀而为块垒、结节；若脉道阻闭，营卫不行，则皮肉麻木不仁；若风寒之邪郁久化热，则化血腐肉而为皮肤溃烂，甚则鼻柱败坏，指、趾脱落，以至于死，故应早治。治法则常用砭刺，认为砭刺之法能令恶血渐去，经气自通，可以挽救肢体皮肤浮肿麻木等症。初起时，宜令病人每晨先行动片刻，使气血之行加速，然后在患处以梅花针叩击至出血，听任恶血逸出，如此百日为一疗程，并据病情选用下述两方。

〔方1〕通天再造散：郁金五钱，炒皂角刺二两，煨大黄二两，白丑头末六钱（半生半熟）。上药为末，每服五钱，陈酒吞服。服后当利下，旬后再服。

〔方2〕宝鉴醉仙散：炒胡麻二两，炒牛蒡二两，炒蔓荆子二两，枸杞子二两，白蒺藜、苦参、防风、瓜蒌根各五钱。上药共研末，每一两五钱药粉中加入轻粉二钱，拌匀。每服一钱，茶清调服，早、午各服一次。

以上二方，病重者先服再造散下之，候元气将复，再用醉仙散。

6. 胃脘痛

先父认为本症的病机，基本上有三种情况。

1）由于木实脾困，致中气失运，因而作痛。土受木制，则

脾气不足，所以症见：食欲不振，腹胀便溏，脘痛喜按等。治当补脾健胃为先，疏肝理气为辅。

取穴：以中脘＋、章门＋、脾俞＋、胃俞＋、足三里＋、公孙＋为主穴，酌加太冲－、行间－为配穴。

2）由于木旺犯土，胃络受伤而致痛。因木气有余而生火，火能生土。故症见：食欲亢进，吞酸，便秘，脘痛拒按等。治以泻肝清火为主，和胃健脾为辅。

取穴：以行间－、大陵－、肝俞－、心俞－、巨阙－，泻肝清火为主穴，配用中脘＋、胃俞＋、足三里＋等和胃健脾为辅。

3）因烦劳寒热，致脾气失运，痰食停阻而致病。症见：脘痛拒按，吞酸嗳腐，大便溏薄或秘结。治当泻脾胃之积滞为主。

取穴：中脘－、上脘－、下脘－、梁门－、脾俞＋、胃俞－、足三里－。

在针刺胃脘痛患者的中脘等穴时，术者往往可以感觉到针下紧涩，难以插针，所以即使应用补法，不可单纯按照紧按慢提的原则操作，进针必须分部而入，不要一插即达深部，否则往往会使病者剧痛难忍。

7. 脊强

先父治疗此症，专用灸法，在患部脊椎突起处以药物作饼灸之，往往能顿挫病势，收到良效。药饼处方如下：

白附子，生川乌，生草乌，防风，乳香，没药，蟾酥，威灵仙，上药各等分为末，葱、姜捣汁和入，制成药饼，如铜元大，厚五分，备用。

8. 瘰疬

本病主要是痰浊凝阻为患，其证有虚实的不同。实证由风邪外袭、闭阻痰湿而成。虚证多为脾肾二亏，痰气凝结而来。治疗主张温化。常灸治对侧的天井穴和瘰疬穴（在瘰疬患部），每穴七壮，艾炷如黄豆大。虽已溃破，经灸治而痊愈

的，为数也很多。

9. 痞块

痞块的形成，是气血凝滞之故。先父治疗此病取穴以块头、块中、块尾为主，即取痞块所在部分上中下三点，每刺一穴必凝神静息，久久留捻，有捻运达数小时不辍者，常多奇效。

10. 目疾

先父治疗目疾病例很多，其辨证论治的原则：以五轮学说为指导。所用的手法，均以提插为主。

1）血轮为病。大小眦赤痛，多生浮翳，甚则血灌瞳神。大眦先赤者，心气实所致。取穴：大陵－、阳池－、神门－、前谷＋、照海＋、睛明－ 。小眦先赤者，心气虚所致。取穴：后溪＋、神门＋、瞳子髎－。

2）气轮为病：白睛红肿，有泪生膜，肺经风热所致。取穴：神门－、太渊－、阳溪－、太阳－、上星－、合谷－。

3）肉轮为病：上下眼胞赤肿，目瞤，外郭生偷针，甚至烂弦倒睫，为脾胃郁热所致。取穴：足三里－、四白－、鱼腰－、大骨空、小骨空－。

4）风轮为病：目暗头痛，迎风泪出，起坐花黑者为虚。肾亏水不生木者。取穴：曲泉－、太溪＋、临泣＋、攒竹＋。血虚肝气不足者，取穴：肝俞＋、足三里＋、膈俞＋、膏肓＋。赤脉下垂昏痛，垂帘生翳，痒极难忍，歇发无时者，为实。取穴：行间－、神门－、光明－、阳白－。

5）水轮为病：目暗冷泪，视物黑花，青盲内翳。取穴：太溪＋、风池＋、攒竹＋、临泣＋、肾俞（灸）、心俞（灸）。

（李君梅　陆瘦燕　朱汝功）

略论陆瘦燕的学术思想

陆瘦燕医师是上海著名的针灸学家，业秉家传，积数十年之经验，在针灸学术上有很深的造诣，对针灸医学的继承和发展作出了一定的贡献。文化大革命运动中，不幸被"四人帮"迫害而死。今天，陆师冤案已蒙昭雪。为了进一步发掘祖国医学针灸遗产，总结老中医的医疗经验，作为后学者的我们，想把陆瘦燕老师生平的学术思想和成就，向同道们作一汇报。

一、强调经络，有所阐发

陆师在他数十年的临床工作中，一向重视经络理论对临床的指导作用。他曾一再对我们说："马元台曾说，不识十二经络，开口动手便错。一个针灸医生如果离开经络学说的指导，就如盲人摸黑路，根本没法治病。"基于这种认识，他在各种讲稿和论文中都大声疾呼要重视经络理论的整理和研究，并躬身力行，做了大量的工作。当时，正值解放前后，由于受民族虚无主义的思潮影响，在国内针灸界曾一度出现盲目否定经络，取消经络理论的逆流，时风所向，针灸文献都避而不谈经络，针灸医生不少也是头痛针头，脚痛针脚，大有废经存穴的倾向。讨论经络的文献，有被视为迂腐。崇尚经络的理论，常被斥为保守，以致经络理论，几已沦为绝学。在这样的环境中，陆师强调经络理论，并在临床中坚持运用。他在对经

络理论的整理和研究过程中，特别对经气的含义、十二经脉标本和足六经根结的理论、十二经脉同名经相接的关系以及位在足三阳经上的“六府之合”的意义等问题，首先作了阐发，启前人之奥秘，开后学之先河。

他在《经气的探讨》一文中遵循经旨，首先提出了经气的内容应包括元气、谷气（营气、卫气等）的学说，从而纠正了当时文献对经络功能仅认为是“通行营卫”的狭义理解，为诠释十二经脉原穴的意义提供了理论依据。并且根据十二经脉标本和足六经根结均以四肢肘膝以下为“本”和“根”，以头面躯干为“标”和“结”的关系，来阐释经络腧穴的功能有向心传导的现象。由此伸引，认为：① 十二经脉所属四肢肘膝以下的本输穴（即井荥输经合——五输穴）都向心排列，不与经络循行走向完全一致的由来，前者是因经络标本、根结的向心作用而致，后者则是说明气血循环的通路，所以顺逆相接，不与本输穴排列完全一致。② 手足六阴经脉的标部都在背俞穴与腹募穴，故其作用与所属脏腑经脉本部的腧穴相呼应，所以临床上内脏疾病可以躯干部的俞募穴和四肢部的本输穴等配合应用。③ 六腑之气出于足三阳经，其中大肠、小肠、三焦三腑，其气分别自足阳明经上的上巨虚（大肠）、下巨虚（小肠）、委阳（三焦）穴别出，向上入于内腑，合于手阳明、手太阳、手少阳三经。同时，手足六阳经脉的标部都在头面，说明其脉气的传导作用不直接与所属内腑相关。所以，手三阳经的腧穴一般不能治疗本腑病，其“是动”、“所生病”中也就没有本腑病的症状。④ 六阳经的标部在头面，六阴经的标部在胸腹腰背部的俞募穴，所以六阳经脉不主本腑“所生病”，只有六阴经脉主本脏“所生病”。这些问题都是在针灸教学和理论上长期不能解答的悬案，陆师都作了精辟的阐明。

他在《经络学图说》一书中，对“六腑之合”与六腑的关系，

进一步作了阐述，提出了“腑病取合”的施治原则，为近年来菌痢治疗取用上巨虚、胆囊疾患取用阳陵泉等的有效经验提供了理论根据。他从整理研究经脉的交会关系中，阐明了十二经脉手足同名经相互衔接为六经的情况，从而解释了“伤寒六经”的来由，解决了历代文献中对伤寒六经和十二经脉是否一致的争议。

他在《经络学说的探讨与针灸疗法的关系》一文中，全面地探讨了经络理论，阐释了奇经八脉的功能来由与经脉交会情况的关系，并联系针灸临床对刺法的运用和配穴原则等问题作了比较全面的讨论。

这些理论的阐发，对他自己的整个学术思想体系影响很大，如对手法的研究、切诊的运用、穴名的诠释乃至对目前经络学说的理论原理研究和实际运用都起着积极的作用。

二、研究手法，卓然有效

陆师对针刺手法很有研究。曾编著《刺灸法汇论》一书，阐述古今刺灸方法，并撰写了多篇论文，讨论了针刺手法的分类和组合等问题，为临床应用指示了方向。例如，他在《略论毫针基本手法和平补平泻及平针法》一文中，概论了毫针针刺过程中进退针、提插针、捻转针以及针刺方向和留针等基本动作的意义和它们在针刺手法中的作用，澄清了当时对徐疾补泻和提插补泻概念混淆的解释，同时，纠正了当时文献对平补平泻手法和平针法张冠李戴的误解。

他在《针刺补泻手法的探讨》一文中，以经络理论为依据，按《内》、《难》原意，将针刺补泻手法的作用归纳为“调和阴阳”和“疏调营卫”二类，认为前者是针对脏腑经络阴阳之气的“有余”、“不足”而设，所以“从卫取气”，“从阳引阴”，以使“阳下之

为补”,“从营置气”,“从阴引阳”,以使“阴上之为泻”。补泻手法中的“徐疾补泻法”和“提插补泻法”就是这类手法的代表,适用于一切脏腑经络寒热虚实的病。后者是针对营卫之气运行的太过和不及而创设的,所以“迎而夺之”,牵制其运行太过谓之泻,“随而济之”,添助其不及谓之补。针向补泻法和捻转补泻法(原载《针灸问对》,其法:手三阳、足三阴和任脉,补时大指向后捻,泻时大指向前捻;手三阴、足三阳及督脉,补时大指向前捻,泻时大指向后捻),是这类手法的代表,适用于一切经脉壅滞,营卫不和之病。并还根据开阖补泻、呼吸补泻常须结合进退针和提插针的基本功用来施用,前者是徐疾补泻的基础,后者是提插补泻的基础,所以也归属于调和阴阳手法范围。留针和九六数,则两类手法通用,故视所结合的手法而定。这样,临床应用有了选择的依据,为后学开启了方便之门。

他在《刺灸法汇论》一书中,较全面地分析了手法的性质和组合,将施用手法的目的区分为“催气”、“行气”、“补虚泻实”三类,并将金、元以来发展形成的烧山火、透天凉等十八种手法,按上述三类性质,逐条加以分析,诠释其组合及作用,为研究针刺手法提供了依据。

陆师还联系实际,在临床医疗和科学实验中做了很多工作。凡是跟随过陆师临床或接受过他治疗的人,莫不体会他十分讲究手法操作。他在运用手法的过程中往往全力以赴,提插、捻转并用,刺激虽不强烈,但舒快之感甚速。记得陆师曾治疗一例遗精、腹痛、乱梦纷扰的患者,诊断为火旺水亏,用《难经》泻南补北配穴法施治,三诊而腹痛止,食欲增,续治一月,遗精亦瘥。

在科学实验中,他曾与上海第一医学院附属中山医院合作,用多方位肌电测绘记录针刺导气(行气)手法过程中感

觉传导的现象，并用甲（陆师主刺）、乙、丙（其他医师主刺）三组对照，选用足三里为刺激点，施用控制针感向上和向下两种手法，结果陆师主刺的甲组，向下时符合率达93%，向上时符合率达60%，而对照的乙、丙二组，向下时符合率仅75%，向上时符合率仅40%。两者有显著的差别，说明他对控制针感的行气手法有独到的经验。他还曾对针刺“烧山火”、“透天凉”手法做过实验观察。用特制高灵敏度半导体测温仪测量病人口腔体温，并在固定膳食和实验环境的条件下采取施术前后受术者的血样，观察针刺后不同时间与针刺前血糖与血浆柠檬酸含量差值的变化。结果发现烧山火手法使体温有所上升，同时血糖及血浆柠檬酸含量明显增高；而透天凉手法使体温有所下降，血糖及血浆柠檬酸含量在针刺后半小时明显降低。说明陆师对这些手法确有较深刻的体会，也说明古代的各种手法是有其一定的临床实践依据，有进一步研究的必要。

三、重视切诊，详细辨证

陆师认为“切诊”是针灸辨证论治的主要依据之一，运用正确与否，对提高针灸疗效有很大关系。所以他在针灸临床工作中十分认真地诊察“脐下动气”、“虚里之动”以及“太溪”、“冲阳”、“颔厌”等脉的变化。同时，还详细切按经脉的皮部以及有关的腧穴，从而正确地辨证论治。这种经验后人已少应用。这是陆师认真发掘祖国医学遗产，并用于临床所形成的独特风格之一。

所谓“脐下动气”，在脐下三寸，即《难经・八难》中所说“肾间动气”。陆师认为这是“人体生命的源泉”，应该“潜而不越”，其动“徐缓而不急躁”，“与寸口脉相应”。如果元阴

不足，阳气躁越，“动必应手而弦”。“动而结代”，是阳气已衰，疾病住往预后不良。“虚里之动”，位在左乳下第四、第五肋处，即“胃之大络”所在处，陆师认为应该“按之应手”，“动而不紧，缓而不急”。如果望见其动甚，外应于衣，是宗气越泄的现象；若“按之动微而不应于手”，是宗气虚弱的表现。

对疾病的转归和预后，陆师还十分重视脾肾的虚实因素。因此对太溪脉（肾脉）和冲阳脉（胃脉）的切诊很重视，经常以此配合寸口脉的变化来判断疾病的凶吉。他很赞同李中梓的论述：“冲阳者，胃脉也，盖土者万物之母，冲阳脉不衰，胃气犹在，病虽危，犹可生也……太溪者，肾脉也，盖水者天一之元，太溪不衰，肾犹未绝。病虽危，尚可生也。”所以冲阳脉不衰，搏动尚然有力，说明胃气健旺，虽病重，恢复常较容易。如果冲阳脉衰微，甚至绝而不至，“脉无胃气”，健康恢复常较困难。但若冲阳脉衰微而太溪脉仍旺，先天之根（肾气）未绝，疾病纵然严重，仍有转机的希望。如果太溪、冲阳二脉都切不到，那说明病已十分重危，必须严密注意。

他还体会到，凡肝阳上亢的患者，颔厌脉搏动常洪而有力，而太冲脉搏动往往比较弦细。他在《切诊在针灸临床上的运用》一文中，列举了几个病案，其中有一“脐下动气”，“虚里之动”的病例，全身关节酸痛，伴心悸、怕冷、纳呆、面足浮肿，心率 120～130 次/分，症经十余年，久治无效。当时诊得脉来弦细而数，两尺脉无神，脐下动气急躁，虚里之动略应于衣，舌绛苔薄。认为系肾气不足，宗气越泄，心火妄动，经气失宣，予宁心安神，蠲痹通络，兼固肾元的治疗方法，诊治 3 次后心悸转宁。续治 20 次，诸症若失，脉来平和，而恢复工作。

四、考证腧穴，诠释穴名

穴位是针灸施术的刺激点，取穴不准确，往往会影响针灸疗效。历代著名的针灸医家对腧穴的定位都曾下过切实的工夫。迄于晚今，有些穴位的定位，各秉师承，殊不一致。陆师鉴此纷争之说，对全身经穴及历代文献中记载的有明确部位的奇穴作了系统的整理和详细的考证，著述《腧穴学概论》，和绘制成《针灸腧穴图谱》各一册，颇为中外人士所重视，其中《图谱》的奇穴部分至今还在国外发行。

腧穴命名的意义，自古以来少有阐述，著作也较稀少，陆师有鉴及此，选写了《概述腧穴的命名》一文。该文略论了腧穴命名的方法和依据，并对若干费解而有意义的穴名，作了解释，颇饶兴趣。如少商、商阳、商曲、商丘等穴，"商"字的含义颇令人费解，致释名者有释为：小商人（少商）、男商人（商阳）等牵强附会，有失真义。陆师在文中释称"商为金声"，"金"是肺与大肠所属的五行。少商为肺经脉气所出的井穴，故名。"商阳"为大肠经的井穴，性属庚金（即阳金）而得名。"商曲"是穴位所在处当大肠弯曲部。"商丘"是指该穴系脾经的经金穴，而其处有骨隆起如丘。释"日月"穴称："胆为中正之官，决断所出，十一脏皆取决于胆，决断必求其'明'，明字从'日'从'月'，穴为胆之募，故此得名。"再如"交信"穴，也比较费解，陆师释称脾属土，在"五德"中主"信"，该穴虽属肾经脉气经此而在三阴交穴交会脾经，"交信"的意义是指脉气经此穴交会到脾（信）经去而言。"中极"为星名，该星位在天体中央，中极穴位在腹部，有天体垂布的现象，穴居人体上下左右之中央，故以为名。"水分"是小肠经脉从此深入内腑之处，小肠主分清别浊，水分意指此穴有促进小肠泌别清浊，分化水谷功能之

义。这些穴位的命名意义，经陆师解释后，义理明晰，起了承先启后的作用。

以上介绍的是陆瘦燕老师主要的学术思想和成就，至于陆师平时丰富的临床经验和热心培育后进，以及他在针灸医学事业方面所作出的贡献，限于篇幅，不能尽述。

（王佐良　吴绍德　陆焱垚）

医案拾萃

眩　　晕

例 1. 陈某某，男，41 岁，干部，南汇县中心医院门诊卡：公费 588。

初诊：1965 年 8 月 7 日。患者素有哮喘，昨宵骤然眩晕。迄今 10 余小时昏晕不能行动，视物飞旋，胸宇痞闷，面色晄白，四肢麻木，语言低沉，脉迟缓小弦，苔白腻质红。经曰："髓海不足，则脑转耳鸣。"又曰："诸风掉眩，皆属于肝。"此例病者，肺气素虚，子夺母气，以致脾土虚弱，健运失司，湿浊中阻，真气不能上达，髓海空虚。金虚木无所畏，厥阳升动，上扰清空，而致斯症。治拟健脾和胃，平肝熄风。

处方

(1) 取穴：太冲(双)－、足三里(双)干。

(2) 手法：提插捻转补泻结合弩法，留针 20 分钟。

注：先刺足三里，先泻后补，运用阴中隐阳手法，在 2 分钟内针下感觉空虚，不断运用催气法，过 4 分钟出现针下沉紧，但无放散感觉，患者亦无明显反应。将针轻轻提至天部，用弩法向下斜插 1 寸许，患者主诉酸胀感觉沿胫骨直透足背冲阳穴，胸脘顿觉轻快。再将针提出 1 寸，照上述针向用力将针直插，弩针不动，约 1 分钟后，患者即觉针刺感应透达足趾，并有微微跳动，主诉胸脘压迫症状消失，胸襟舒畅，眩晕减轻，留针 20 分钟。再刺太冲，进针得气后紧提慢按，并左右捻转约 3 分钟，大拇指向前用力推动 10 余次，患者顿觉头部轻松，俯仰旋

转自如，留针 20 分钟。起针后，即能行动，眩晕已平。

复诊：1965 年 8 月 8 日。昨天针后，眩晕已除，惟精神不振，四肢酸软，苔薄腻，脉细缓。再施和胃清浊之法，以图巩固。

处方

(1) 取穴：足三里(双)＋、丰隆(双)－。

(2) 手法：提插补泻法，留针 5 分钟。

次日随访：眩晕平，体力渐已恢复。

按：先贤沈金鳌曾云："凡人金衰不能制木，则风因木旺而煽动。""木又生火"，"风火相搏"，"头目因为旋转而眩晕"。此例病者，素有哮喘，肺金不足，子夺母气，脾失健运，化生痰湿，兼以金虚木无所畏，而致肝风时动，厥阴气火妄行，真气不能上达，髓海因而空虚，遂为风痰所扰，眩晕之症顿作，诸恙因故丛生。胸宇痞闷，面色皖白，四肢麻木，均是湿浊中阻、真气行运不周之故。陆师用健脾和胃之法，培土以养肺金，金盛得御木侮，此子复母仇之意。兼施平肝熄风之法，风熄阳潜，经水得平，脾肺散精，真气得行，故能效如桴鼓，一诊而病若失。在治疗过程中，陆师先刺足三里，用阴中隐阳手法，先泻后补(盖因诊得病者脉象迟缓而苔白腻，知其痰浊阴霾之邪阻滞中宫，不先泻其邪浊，正气难以来复)。运针 2 分钟后，先觉针下空虚，此为邪气已泄之象，乃用催气法，谷气大来，神气朝会于穴，觉针下沉紧，然后却用弩法，引导气火痰浊下降，此即"引而下之"之法，故针后病者顿觉胸宇舒畅，眩晕减轻。再取太冲，用提插泻法，以泄肝胆有余之阳邪，兼用搓法，连搓十下，以降肝气，针出而眩晕消失，诸恙悉除，再以和胃化浊之法，巩固治疗一次而痊愈。

例 2. 陈某某，女，33 岁，干部，南汇县中心医院门诊卡：4577。

初诊：1965年8月6日。眩晕耳鸣，颞颥胀痛，动辄呕吐，病已4年，劳累后每易发作。来诊时，眩晕大作，两侧颞部剧烈胀痛，视物旋转，两目难张，颈项牵制，头重不举，脉沉滑，舌胖质淡苔腻。患者素体肥胖，气虚痰湿偏重，烦劳引动气火，风阳挟痰上扰，清空之窍失宁，乃为斯症，治拟熄风化痰、升清降浊为法。

处方

(1) 取穴：颔厌（双）一、风池（双）一、听宫（双）一、太阳（双）一、支正（双）一、飞阳（双）一、丰隆（双）一、太冲（双）一。

(2) 手法：提插补泻，留针10分钟。

注：因患者初次接受针灸治疗，比较紧张，手法无法进行。太阳穴捻针5分钟。

复诊：1965年8月8日。针刺后，当天晚上头痛缓解，耳鸣消失，但眩晕未平，且觉头胀、头重，泛恶纳呆，神疲倦怠，脉沉滑，舌胖质淡，再拟前方加减。

处方

(1) 取穴：颔厌（双）一、风池（双）一、太冲（双）一、支正（双）一、丰隆（双）一、足三里（双）＋。

(2) 手法：捻转提插补泻法，留针10分钟。

三诊：1965年8月12日。治疗2次后，眩晕已平，头部胀痛消失，颈项仍有牵掣，仍宗上法。

处方：颔厌（双）一、风池（双）一、太冲（双）一，留针10分钟。

隔3天随访，病已痊愈。

按：《丹溪心法》云："眩晕者痰因火动也。盖无痰不能作眩，虽因风者，亦必有痰。"此例病者，体质肥胖，痰湿偏盛，又因烦劳气张，虚火妄动，化风鼓激痰浊，上攻清空之窍。呕吐泛恶，头重不正，脉滑苔薄，均属痰湿有余之象。陆师用熄风

化痰、升清降浊之法，取颔厌、风池、太阳、太冲以平降风阳；取丰隆以化痰降浊；用支正、飞阳以止目眩。盖《百症赋》有谓："目眩兮支正、飞阳"，支正为手太阳之络穴，飞阳为足太阳之络穴，同为本部之"入"穴，手太阳之脉抵目内眦，足太阳之脉起于目内眦，此两穴相配，为同名经相接，"同气相求"以及"根结相应"理论的运用。取听宫以止耳鸣，与支正相配，是本标穴同用之法。一诊而病势骤减，再诊宗原方去听宫，加补足三里，以健脾和胃，图治其本，三诊而病获愈。昔贤窦默有谓："更穷四根三结，明标本而刺无不痊。"此例的治验，足证古人"标本"、"根结"理论的实用价值。

例3. 曹某某，男，59岁，退休职员，龙华门诊卡：74343。

初诊：1963年6月24日。眩晕2月，头颅胀痛，终日如泛舟荡泊，兼有耳鸣，浑浑沉沉。虽迭经医治，未得显效，刻下眩晕如故，动则尤甚，时欲泛恶，两耳作痒，腹胀胸闷。脉来寸口左缓、右弦滑，颔厌强实，太冲、太溪盛大，舌边红，苔薄。此病者年逾七八，肾气不足，以致肝木失涵，肝风夹痰，上凌清旷，横侮脾土，故见斯症。宜益肾柔肝，佐以化浊。

处方

(1) 取穴：风池(双)－、百会－、翳风(双)－、中渚(双)－、太溪(双)－、复溜(双)＋、丰隆(双)－、太冲(双)－、三阴交(双)＋。

(2) 手法：提插补泻法。

二、三诊：证如前述，治宗原议。

四诊：眩晕稍减，纳呆脘闷悉解，寸口脉左右渐趋平衡，颔厌偏亢，太溪仍大，太冲略静，冲阳转盛，厥阳气火虽减，而未完全平息，中土渐有振复之机，惟痰浊尚盛，根蒂未拔，恐有反复之虑，姑拟效方增损。

1. 针灸处方

(1) 取穴：百会－、风池(双)－、神门(双)－、关元＋、太溪(双)－、肾俞(双)＋、丰隆(双)－、行间(双)－。

(2) 手法：提插补泻法。

2. 中药

羚羊尖粉(先吞)0.6克，石决明30克，磁朱丸(包)15克，明玳瑁(先煎)15克，竹沥半夏12克，陈皮4.5克，明天麻4.5克，广郁金4.5克，黑料豆9克，绿萼梅4.5克，白芍9克，杞子9克。4剂。

五诊：调摄不慎，眩晕复作如前，再从原意出入。

1. 针灸处方

(1) 取穴：百会－、风池(双)－、内关(双)－、神门(双)－、关元＋、太溪(双)－、行间(双)－。

(2) 手法：提插补泻法。

2. 中药

原方3剂。

六～十七诊：病情次第轻减，治从原意出入。

十八诊：予以滋肾柔肝、熄风化浊后，太溪、太冲脉均平，痰湿渐化，眩晕亦止，脉症相安，嘱停治一个时期以观察之。

处方：风池(双)－、内关(双)－、关元＋、太溪(双)＋、丰隆(双)－、行间(双)－。

十九诊：停治四旬，诸症皆平。近因琐事暴怒，厥阴气火陡盛，脾胃湿痰为肝火鼓激，上蒙清空，以致眩晕复作，面赤轰热。诊得脉来弦细，右大于左，太冲脉弦，颔厌又亢，柔肝化浊，再望转机。

1. 针灸处方

(1) 取穴：风池(双)－、颔厌(双)－、百会－、关元＋、太溪(双)＋、丰隆(双)－、行间(双)－。

(2) 手法：提插补泻法。

2. 中药

磁朱丸(包煎)15 克，石决明(先煎)24 克，夏枯草 9 克，穞豆衣 9 克，生白芍 9 克，枸杞子 9 克，竹茹 4.5 克，杭菊 9 克，夜交藤 9 克，玳瑁片(先煎)9 克。3 剂。

二十诊：眩晕渐平，脉来转静，舌苔薄黄带腻，肝阳稍潜，而痰浊未化，法当滋水涵木、扶土化浊。

1. 针灸处方

风池(双)一、百会一、颔厌(双)一、关元＋、太溪(双)＋、丰隆(双)一、行间(双)一、中脘一。

2. 中药

磁朱丸(包煎)15 克，石决明(先煎)30 克，夏枯草 9 克，大白芍 6 克，枸杞子 9 克，竹茹 4.5 克，枳壳 9 克，赤白苓 9 克，杭甘菊 9 克。2 剂。

二十一诊：案不复赘，治从上方，停药。

二十二诊：眩晕复平，脉症相安，再停药观察。

处方

(1) 取穴：风池(双)一、颔厌(双)一、百会一、关元＋、太溪(双)＋、丰隆(双)一、行间(双)一、中脘一。

(2) 手法：提插补泻法。

1963 年 12 月 7 日随访：患者一切情况良好，各症次第消失，目前身体甚为健康。

按：《河间六书》有“风火皆阳，阳多兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转”之论，是风火致眩而立说者。此例病者，年逾七八，肾气已衰，水亏在下，火炎于上，木失水涵，风阳乃动，风火相煽，挟痰上凌清空，究其病本，患在肾亏。颔厌脉实，为风阳上盛之象；太冲、太溪盛大，为龙雷气火虚炎之故；舌边红，肝胆火炽所致；苔腻，风火夹痰之症。按脉论证，陆师用益

肾柔肝之法，泻风池、百会，清空窍之热，以止眩晕。取翳风、中渚，清耳窍以止鸣响。泻太溪、太冲是泄龙雷气火，补复溜足少阴之经金穴，是金生水之意。补三阴交，统补三阴，是为滋水养阴之法，泻丰隆以降痰浊。施用提插手法，以调和有余不足之阴阳。四诊时耳鸣已止，太冲略平，冲阳转盛，是木火渐平，土气转旺之兆。故于原方去翳风、中渚，改太冲为行间，泻厥阴之荥火，以熄肝火之余烬；改复溜为肾俞、关元，以增补肾益元之功效，并佐以中药调治。五诊因调摄不慎，旧症又作。泻神明，安神以降心火，用内关，宽胸以化痰，续用中药佐治。至十七诊，病势渐减，乃宗原方续治。十八诊，太溪亦平，故改泻为补。至十九诊因怒动肝火，病又反复，仍宗前治，至二十二诊乃告痊愈。然已三遭波折，固知阴虚之疾，图治非易。

讨论

眩晕一证，《灵枢》以"上气不足"立说，《素问》以"诸风掉眩"为论。后世诸贤，有河间主风火、丹溪主痰浊、景岳主虚损等说。降至晚清，沈金鳌又有外因、内因之分，认为外因者，或因伤风，或因火热，或因风痰，或因风热，或因伤湿；内因者，有痰饮眩晕、气郁眩晕、肾虚眩晕、气虚眩晕、失血眩晕、阳虚眩晕等，但"感发虽殊，总必由于痰盛"。本组前二例虽同属脾虚肝旺，但前者属肺虚而致，后者属体质使然。第三例属肾水不足，木火同升，陆师重视化裁，同病异法，皆中其的。我等随诊多年，见陆师治疗本病，虽症因多端，但重在明辨上下虚实，凡上气不足，因气虚、血虚、阳虚而致晕者，陆师认为颔厌之脉多虚而微细，治当"引而起之"，宜多补少泻。百会等头部穴可用灸法，而引清阳之气上填髓海。凡"风阳上僭"，气火夹痰湿而

致眩者，额厌脉多盛实，治须“绝而止之”，宜多泻少补。头部穴当用泻法，远道穴应视症因之不同，辨证用穴，补泻兼施。而下肢某些降气的穴位如足三里等，应施行气之法，或在涌泉（地才）穴施以温和灸，也可用盐附子敷扎，均可引导气火下潜，此皆《内经》所称“上实下虚、引而下之”之法。

头　痛

例 1. 陆某某，男，40 岁，教师。

初诊：1977 年 3 月 8 日。头部疼痛如裂半月许。今年 2 月 19 日，到农村家庭访问，过度疲劳，复受风寒。始见头巅疼痛，至 24 日疼痛转剧，到当地医院治疗。诊断为“三叉神经痛”，服用止痛药和注射杜冷丁针剂，当时痛止，但 5 小时后又疼痛如劈，痛势延至前额部，眼球牵制作痛，流泪畏光，高热 39.8℃，用四环素、青链霉素等药后热退，当地医院于 3 月 4 日转送上海某医院神经科急诊。经脑电图、超声波检查，诊断为“血管性头痛”，用消炎痛、地巴唑、七叶莲等药后观察 1 天，疼痛转轻而出院。继服止痛药及苯妥因钠等，到 3 月 8 日，症情又作，头巅及两颞部疼痛如劈，来针灸科门诊。

当时前额、头巅、后脑及两颞部疼痛如裂，眼球牵制而痛，冷汗淋漓，面色㿠白，胸脘痞闷，泛泛欲吐，不思饮食，面容消瘦，脉肱滑，舌苔白腻。头为诸阳之会，外夹风寒，内缊痰湿，清阳不升，湿浊不降，太少二阳之脉，经气阻滞，阳明蕴湿未化，治拟化浊宣络，和营止痛。

处方

(1) 取穴：束骨(双)、后溪(双)、足临泣(双)、外关(双)、合谷(双)、足三里(双)。

(2) 手法：平针法，得气后留针 30 分钟。

四诊：3 月 14 日。治疗后，头巅、后脑部、两颞部疼痛明

显好转,泛泛欲吐已止,仍守上方出入。

处方

(1) 取穴:束骨(双)、京骨(双)、足临泣(双)、合谷(双)、后溪(双)、足三里(双)。

(2) 手法:平针法,得气后针尾加电,留针 30 分钟。

六诊:3 月 16 日。昨天针后,两颞部疼痛已止,头巅部疼痛亦减,惟目内眦至鼻颏左侧尚感扳紧,仍守上治。

处方

(1) 取穴:足临泣(双)、束骨(双)、内庭(双)、足三里(双)、合谷(双)。

(2) 手法:平针法,得气后针尾加电,留针 30 分钟。

八诊:3 月 18 日。头痛较前轻减,各种西药止痛剂已全部停服,仅服“七叶莲”中药,仍从疏经和营止痛为治。

处方

(1) 取穴:足临泣(双)、京骨(双)、内庭(双)、足三里(双)、合谷(双)。

(2) 手法:平针法,得气后针尾加电,留针 30 分钟。

九诊:3 月 19 日。头巅痛基本好转,胃纳亦佳,舌苔薄白,脉转小弦,仍守原方投治。

处方

(1) 取穴:足临泣(双)、京骨(双)、内庭(双)、束骨(双)、合谷(双)。

(2) 手法:平针法,得气后针尾加电,留针 30 分钟。

患者于次日(3 月 20 日)回南浔,嘱其在当地再针刺治疗一段时间,以巩固疗效。隔两个月后来信感谢,诉说回去后未曾复发。

按:本例头痛,痛势甚剧,反复发作。以祖国医学经络学说为指导,朱师在临床上一般都以上病下取、分经取穴和辨证

取穴相结合为治疗原则，疗效比较显著。本例疼痛遍及全头，朱师辨为外夹风寒，内蕴痰湿，太少二阳脉失宣，阳明蕴湿未化，故取太阳经之束骨、京骨、后溪，少阳经之足临泣、外关以疏通经气；取阳明经之足三里、合谷、内庭化湿健脾，和中止吐。三阳经同治，手足同名经合用，以起"同气相求"的功效。治疗九次，头痛基本好转。

例2. 杨某某，女，30岁，工人。

初诊：1975年8月1日下午4时。右头额部疼痛3小时。今天中午1时许，右额部突然疼痛如劈，恶心呕吐不已，汗出如珠，面红，下肢冰冷，仰卧不能稍转，呻吟不已。询悉该病已经7年，开始时每年发作一次，2年后半年发作一次，去年以来每月发作一次，发作时均见上述症状。服止痛药，连续4～5天未效，这次发作较剧。于1974年12月曾到某医院神经科摄片检查，诊断为"血管性头痛"。

当时除右头额部疼痛外，伴有恶心呕吐，面色潮红，精神烦躁，微有口臭，下肢冰冷，脉弦滑，舌苔薄质绛。此乃肝阳上凌，中焦失运，清气不得上升，浊气失于下降，阳明郁火循经上扰，阻滞清空，上热下寒之证，拟泄火潜阳，宣络止痛。

处方

(1) 取穴：足三里(双)、内庭(双)、合谷(双)、足临泣(双)、太冲(双)。

(2) 手法：平针法，提插和捻转相结合，留针30分钟，隔10分钟捻转1次(50～100转)。

针后15分钟，右额部疼痛逐步减轻，20分钟后又见一次呕吐，半小时后疼痛全部消失，患者因口渴，饮温开水一杯，未见再吐，起针后身体能转侧起坐。当晚7时许，右额部又稍感疼痛，即再来针治，处方、手法同上，针后片刻，疼痛即止。

三诊：8月2日下午6时。昨天针后，晚上吃稀粥约50

克，未呕吐，右额部亦未作痛，再用上法针治，以图巩固疗效。

处方

(1) 取穴：合谷(双)、内庭(双)、太冲(双)、足临泣(双)。

(2) 手法：平针法，提插和捻转相结合，留针20分钟。

2月后随访，右额部疼痛未发。

按：此例头痛已病7年多，近1年来每月发作一次，连续数天，服止痛药无效，现代医学诊断为"血管性头痛"，此病多见于女性的青年期。朱师辨为胃中积热，肝胆火炽，随经上逆，络道受阻，不通而痛，治以上病下取，泻火降逆之法。额颞部系阳明、少阳脉气所过，故取合谷、内庭，手足阳明同用，以泻阳明郁火；用太冲、足临泣、胆俞表里同治，以清肝胆冲逆之气火，双管齐下，故一诊而效，再诊而愈。

例3. 姚某某，女，48岁，干部。

初诊：1975年10月28日。右侧头痛2月。右头角疼痛已30多年，并发头眩，每遇气体刺激、精神紧张或声音嘈杂等均能触发。曾经某医院神经科摄片检查，诊断为"神经性偏头痛"，服A.P.C、颅通定等止痛片，仅能短期止痛，不能巩固，此次发作已达2月。右头角疼痛欲裂，双目发黑、畏光，恶心呕吐，头目眩晕，面容消瘦，背部发冷，胃纳不馨，记忆力减退，脉弦细，两尺弱，舌苔薄白根腻。此素体虚弱，风寒外袭，寒凝血滞，少阳、阳明经气受阻之故，治拟祛风通络，和营止痛。

处方

(1) 取穴：太冲(双)、足临泣(双)、三阴交(双)、足三里(双)、合谷(双)、中渚(双)、百会、风池(双)。

(2) 手法：平针法，得气后留针20分钟，隔10分钟捻转1次。

针后头痛大减。

二诊：11月1日。右头角有时仍感疼痛，但已减轻，头目

眩晕已少，无泛恶现象，胃纳转馨，背部仍感发冷，守上方加膀胱之穴以疏经气，通卫阳。

处方

(1) 取穴：太冲(双)、足临泣(双)、三阴交(双)、足三里(双)、合谷(双)、中渚(双)、百会、风池(双)、大杼(双)。

(2) 手法：平针法，得气后，留针 20 分钟，隔 10 分钟捻转 1 次。

三诊：11 月 3 日。右头角疼痛基本消失，背部冷感亦瘥，偶有头晕，再守上方。

处方

(1) 取穴：足临泣(双)、太冲(双)、三阴交(双)、足三里(双)、合谷(双)、中渚(双)、大杼(双)、风池(双)、百会(双)。

(2) 手法：同上。

五诊：11 月 8 日。右侧头角疼痛已消失，有时尚感头晕，右目及右额部觉扳紧，胃纳已馨，脉弦滑，舌苔薄白，守上方加减。

处方

(1) 取穴：太冲(双)、地五会(双)、光明(双)、三阴交(双)、足三里(双)、合谷(双)、中渚(双)、大杼(双)、百会、风池(双)。

(2) 手法：同上。

后又巩固治疗 3 次而痊愈。

按：此例偏头痛病者已发病三十多年，现代医学诊断为"神经性头痛"，服止痛片仅能暂时止痛。朱师以经络理论为指导，亦用"上病下取"法。取少阳经中渚、足临泣，阳明经合谷、足三里，手足同名经并用。又取足厥阴经太冲，足太阴经三阴交，以表里相配同治，取风池、百会、大杼随变而调气，以达邪固卫，用穴比较广泛。此许学士广络原野之法，故针治 8

次而愈。

例 4. 朱某某，女，54 岁，绣衣工人。

初诊：1981 年 4 月 14 日。前额后脑疼痛，已有 2 月。今年 2 月初开始，后脑部持续疼痛，牵引至颈背部，放散至前额及眉根部，顾盼不利，泛泛欲吐，两耳蝉鸣。有高血压史 10 多年，经某医院检查，血压为 25.5/14.6 kPa(192/110 mmHg)，超声波示："左颞向右颞：中线波 6.8 厘米，底波 12.8 厘米，右颞左左颞：中线波 6.8 厘米，底波 12.8 厘米。"脑血流图示：波型：重搏波隐约，波幅：两侧波幅差 1%～20%。血化报告：β-脂蛋白 8.2 克/升，胆固醇 7.3 摩尔/升，甘油三脂 1.9 摩尔/升。诊断为"血管性头痛"、"高血压"、"高脂蛋白血症"。曾用降压片、颅痛定、烟酸肌醇脂、珍合灵片、养血安神糖浆等 20 余天，症状未见明显减轻。又至某医院神经内科会诊，检查结果，同意前院诊断。治疗至 2 月下旬，无明显疗效，转我院内服中药治疗。经用育阴平肝、清热和中之中药，效果仍然不佳，故来针灸科治疗，当时头痛、头晕、眼花、耳鸣，口苦纳差，大便不畅，牙龈肿胀，颈项四顾不利。脉来细弦，舌苔薄质绛，边尖呈现瘀斑多处。证系体质虚损，阴虚火旺，复烦劳气张，遂致厥阴气火上亢，清旷受扰，气机阻塞而痛。先拟滋阴和胃，平肝潜阳，化瘀宣络为治。

处方

(1) 取穴：行间(双)－、复溜(双)＋、后溪(双)－、合谷(双)－、足三里(双)＋、京骨(双)。

(2) 手法：捻转补泻，留针 15～20 分钟。针后 10 分钟，转针 1 次，针时痛势若失。

二诊：4 月 16 日。

上次针后，头项疼痛大减，耳鸣恶心亦见好转，项背牵制亦瘥，再守上方。

取穴、手法同前。

三诊：4 月 13 日。针治以来，头额及后脑部疼痛均已明显好转，恶心已无，微感头晕，项背稍感筋掣，脉细弦，苔薄边瘀较淡，再守上治。

处方

(1) 取穴：太冲(双)－、三阴交(双)＋、足三里(双)＋、金门(双)－、后溪(双)－、合谷(双)－、大杼(双)－。

(2) 手法：同上。

四诊：4 月 21 日。2 日来因和客人谈话较多，精神疲乏，前额疼痛又发，再守上治。

取穴、手法同前。

五诊：4 月 23 日。血压渐平稳，19/12 kPa(144/90 mmHg)，头痛及后项牵制已好转，胃纳较增，脉弦较静，苔瘀已化，再用上方巩固之。

取穴，手法同前。

六诊：4 月 25 日。头痛、后颈项牵制均已基本消失，血压 19.3/12 kPa(145/90 mmHg)。复查血化：甘油三脂 1.32 摩尔/升，β-脂蛋白 6.6 克/升，胆固醇 6.25 摩尔/升，血小板计数 72×10^9/升。

再宗上方投治，至 5 月 9 日共治 9 次痊愈而停诊。

按：本病例病历 2 个月，诸治无效而来针灸，朱师诊为阴虚之质，烦劳气张，厥阴气火上扰，清旷气机失宣。故拟滋阴降火，和胃宣络之法。补复溜以滋阴；取足三里以和胃；泻行间平肝兼降火，此治本之法。兼泻后溪、京骨、合谷，通太阳、阳明之络道，此为治标，标本兼治，补泻同施，有的放矢，故九诊而愈。

例 5. 顾某某，男，46 岁。

初诊：1985 年 12 月 7 日。右侧头痛已 3 天，6 年来均服

止痛片度日。今年以来工作较忙，头痛反复发作，痛连右眼底部，伴有恶心呕吐，今天早上疼痛更剧，服止痛片不能止，故来针灸。形体胖硕，平时易怒，脉滑数，舌苔黄腻。此气火夹痰，上扰清空之证，治拟清火降痰，宣络止痛。

处方

(1) 取穴：合谷(双)一、太冲(双)一、丰隆(双)一、足临泣(双)一、地五会(双)一。

(2) 手法：提插补泻，留针 30 分钟。

留针后起针，疼痛大减，连治 3 次，疼痛基本消失。又治 2 次，以巩固疗效，随访至今未发。

按：此例病者虽年逾不惑，但形体胖硕，平时多怒，是气火有余之质。肥人多痰湿，气火夹痰，激而上攻，清旷之脉络受阻，遂致不通而痛。朱师临诊以清火降痰为主，取合谷、太冲开四关，镇摄浮炎之阳火；泻丰隆化痰以降逆；用足临泣、地五会足少阳之穴，宣通少阳络道，此“随变调气”之意。本例病者，与例四相比，前者虚实夹杂，故朱师补泻兼施以治，后者纯属实证，故单泻而无补。立方临阵，进退化裁，固知贵在灵活多变。

暑　　症

例 1. 俞某某，女，75 岁。

伏天炎热，突然神志昏糊，手足抽搐，脉象弦数，舌苔垢腻，此暑风也，宜泄热定风。

处方

(1) 取穴：百会一、后顶一、风府一、陶道一、筋缩一、手三里(双)一、上廉(双)一、下廉(双)一、髀关(双)一、伏兔(双)一、阴市(双)一、足三里(双)一、太冲(双)一。

(2) 手法：提插补泻。

针后神志即清，自觉如梦初醒，筋骨舒和。凡二诊痊愈。陆师云：此症病势虽然凶险，而脉来有根，可治一也；头部昏热，而足底不冷，可治二也；无大汗不止之象，可治三也。此属闭证，而非脱病，故其来也暴，其愈也速。

按：此例病者乃暑邪化风之证，虽症情险恶，但陆师据脉论证，断为可治。为泻督脉、手足阳明之穴以清泄暑邪；泻风府、筋缩、太冲，以熄风定惊，故能收效迅速，有如桴鼓之应。

例 2. 杨某某，男，40 岁。

天时炎热，皓日当空，烈阳之下奔走，暑气侵袭，以致脉络闭塞，气机窒滞而突然昏厥，不省人事，脉伏。治拟通其闭，泄其暑。

处方

(1) 取穴：人中(刺出血)、中冲(刺出血)、少商(刺出血)、

气海＋、百会－。

(2) 手法：提插补泻。

针后苏醒，复与玉枢丹少许吞下，即欢喜而去。

按：本例病者乃暑热损伤元气，以致气机闭塞，神明受窒，暴然而病，为中暍之症。陆师为刺人中以通任督之阴阳；刺中冲以泄内传厥阴之暑邪；刺少商以清内犯太阴之暑热；泻百会以疏清空；补气海以益元气，故针后人即苏醒，收立竿见影之效。

讨论

暑邪伤人，先贤有“始伤肺，继传心包”之谓。故病者多有汗出、面垢、烦渴，甚至神昏卒倒、痉厥、脉伏等症。其中有由夏日远行，阳气内伏，热舍于肾而致者，称为“中暑”；有由纳凉广厦，起居不时，邪入肉分而致者，称为“伤暑”；有由日中劳役，热伤元气而致者，称为“中暍”；有由暑热化风而致者，称为“暑风”；有由热深厥深而致手足逆冷者，称为“暑厥”。治疗均当以泄热为主，可泻督脉、手足太阳、手足阳明、手太阴、厥阴等经。前举二例，俞某某患暑风症，陆师为泻督脉、手足阳明以泄阳热，兼用祛风定惊之穴而愈；杨某某患中暍症，陆师治重清泄太阴、厥阴之热，兼顾益元，一诊而愈。观此二例，可以举一反三，化裁而运用。

肝　风

例1. 王某某,男,10岁,学生,龙华医院门诊号:18751。

初诊:1963年6月19日。4月前某日,突发高热,神志昏蒙,肉瞤筋惕,肢震头摇,经治疗后热退,神爽。嗣后,目霎不能自主,面部抽掣阵作,两手挥摇,时或角弓反张,久治无效,并伴有低热、便溏。诊得脉来濡细,舌质绛、苔薄滑。此乃童子稚阳,阴津未沛,邪热劫炼而亏损,木少滋荣,肝风乃作。其便溏者,亦木旺乘土之候。姑拟清热平肝,疏宣脉络。

处方

(1) 取穴:风府一、风池(双)一、太阳(双)一、印堂一、迎香(双)一、地仓(双)一、四白(双)一、大椎一、合谷(双)一。

(2) 手法:提插。

二～四诊:目霎唇动稍减,低热渐逊,再从原方增损。

处方

(1) 取穴:风池(双)一、风府一、百会一、曲池(双)一、大椎一、合谷(双)一、太阳(双)一、四白(双)一、迎香(双)一、地仓(双)一。

(2) 手法:提插。

五～十二诊:低热已退,脾胃得和,目霎唇动,续见轻减,仍守前方出入。

处方

(1) 取穴:太阳(双)一、四白(双)一、地仓(双)一、曲池

(双)一、合谷(双)一、风池(双)一、印堂一。

(2) 手法:提插。

十三~十八诊:面目抽掣递减,两手仍有挥摇,此系肝风未平,脉络失涵,再以前法出入。

处方

(1) 取穴:太阳(双)一、四白(双)一、地仓(双)一、风池(双)一、曲池(双)一、合谷(双)一。

(2) 手法:提插。

十九~二十五诊:曾投平肝熄风,疏宣阳明脉络之治,目霎唇动大减,二手挥摇渐趋宁静,嘱其停治一月。

处方

(1) 取穴:太阳(双)一、四白(双)一、地仓(双)一、风池(双)一、合谷(双)一。

(2) 手法:提插。

1963 年 12 月 7 日随访。据患者母亲诉述:停治以来,目霎,唇动,手舞等症状,均已消失,低热已退,食欲旺盛,体重增加,精神焕发,病已告痊。

按:本例患者乃肝风窜扰阳明颊筋而致,兼有低热,是阴虚之内热;便溏、脉濡,是中宫阜土不足之象;舌绛,脉细,筋肉瞤动是虚风旋动之症。陆师取风池、风府以熄风邪;用大椎以清虚热;太阳、印堂、四白、迎香、地仓佐合谷以疏上窜面筋之风阳。四诊而低热减退,去大椎。至二十五诊,治法均以疏泄阳明为主,四月之疾,历二月而治愈。

例 2. 杨某某,男,12 岁,学生,龙华门诊卡:74098。

初诊:1964 年 5 月 19 日。目霎头摇,两手舞动,甚至两肩牵动不能控制,延已 6 年。伴有遗尿,严寒尤甚,病由热损肝肾之阴,肝风时动,入于阳明之经,迁延日久,络道益虚,颤动更剧,终日不休。头晕神疲,面色无华,脉弦数,舌苔薄滑。

治拟平肝熄风，佐以清泄阳明。

1. 针灸处方

风池（双）一、太阳（双）一、肩髃（双）一、曲池（双）一、手三里（双）一、合谷（双）一、三阴交（双）＋、关元＋。

2. 中药

天麻 5 克，白蒺藜 9 克，蝎尾 1 克，天虫 9 克，白芍 9 克，夏枯草 9 克，决明子 15 克，坎炁 5 条，海风藤 9 克，嫩钩藤 9 克。2 剂。

二诊：1964 年 5 月 21 日治疗后风动之象已见改善，眩晕平而复起，精神疲乏，脉弦，舌苔薄白，再拟原方酌议。

1. 针灸处方

（1）取穴：风池（双）一、太阳（双）一、肩髃（双）一、曲池（双）一、手三里（双）一、合谷（双）一、三阴交（双）＋、关元＋。

（2）手法：捻转。

2. 中药

夏枯草 9 克，穞豆衣 9 克，明天麻 5 克，白蒺藜 9 克，生天虫 9 克，决明子 15 克，海风藤 9 克，钩藤 9 克，坎炁 5 条，紫贝齿（先入）27 克，蝎尾 1 克。3 剂。

四诊：1964 年 5 月 26 日。两手舞动稍平，眩晕亦轻，再宗前法踵进。

处方

（1）取穴：风池（双）一、肩髃（双）一、曲池（双）一、合谷（双）一、三阴交（双）＋、肾俞（双）＋、肝俞（双）＋。

（2）手法：捻转。

七诊：1964 年 6 月 5 日。针治后，眩晕已平，纳欲转馨，目霎头摇动作渐静，小溲较多，治再标本同调。

1. 针灸处方

（1）取穴：风府一、风池（双）一、肝俞（双）＋、肾俞（双）

+、足三里(双)+、曲池(双)-、手三里(双)-、合谷(双)-。

(2) 手法：捻动。

2. 中药

夏枯草9克，制女贞9克，穞豆衣9克，白芍9克，白蒺藜9克，蝎尾1克，坎炁5条，石决明(先入)30克。4剂。

九诊：1964年6月10日。手指舞动已减，目霎头摇亦轻，肝风鸱张，内风入络，治再原方出入。

1. 针灸处方

(1) 取穴：风池(双)-、肝俞(双)+、肾俞(双)+、曲池(双)-、合谷(双)-、八邪(双)-、阳陵泉(双)-。

(2) 手法：捻转。

2. 中药

夏枯草9克，穞豆衣9克，白蒺藜9克，明天麻3克，蝎尾1克，白芍9克，桑枝尖15克，坎炁5条。2剂。

十一诊：1964年6月15日。风阳渐息，病势渐退，再拟原方出入。

处方

(1) 取穴：风池(双)-、肝俞(双)+、肾俞(双)+、曲池(双)-、合谷(双)-、八邪(双)-、阳陵泉(双)-。

(2) 手法：捻转。

按：本例病者，亦风阳窜入阳明，所异者，瞤动在于肩臂，并兼有头晕，神疲，脉弦等一派肝肾阴亏之象。陆师首诊取风池、太阳以疏风潜阳；用肩髃、曲池、手三里、合谷以祛阳明之内风；补三阴交滋阴以柔肝；补关元，益元以强肾。佐以平肝熄风中药，故一诊而症减，至四诊而症渐退。再补肝、肾之俞以加强培补肝肾之阴功效。七诊增足三里，培土以抑木。九诊用八邪疏肢末之风，加阳陵泉胆合以泄肝热，故至十一诊而告愈。

讨论

肝为风木之脏，相火内寄，体阴而用阳，其性刚主动，其气易升，全赖肾水以涵之，营血以养之，肺金清肃之气下降以平之，中州阜土之气以培之，则刚劲之质，得为柔和之用，遂其条达畅茂之性，则诸病不生。若精液内耗，肝阴不足，血燥生热，心火虚炎，以及伏邪化热，火热煽引，皆致风阳上僭，攻迫巅顶，走窜经络，眩晕、瞤动之症，由是而作。《内经》所谓“诸风掉眩，皆属于肝”，即指此而言。本二例病者均属伏邪化热生风之症，虽邪热已退，但阴津已伤，风阳之邪延久不清，故筋肉瞤动久而不愈。前者王某表现为阴虚内热、脾虚肝旺；后者杨某则显肝肾二亏、风阳上僭。病虽同而症因却异，陆师同病异治，均告痊愈，足见辨证乃施治之首要，临床者务须注意。

麻　　木

黄某某，男，43岁，干部，龙华门诊号：82195。

初诊：1963年10月16日。肝脾肾三经同亏，水不涵木，木盛克土，而致巅顶作胀，头眩目糊，大便溏泄，早泄健忘，渐致左面颊及颞颅部麻木，症经数年。近来延及左肩背和下肢外侧也感麻木，左手指握力较差，脉来弦滑，舌苔黄腻，中脘有明显动悸，耳门脉盛，足三脉正常。参脉论证，治拟标本同调，补肾水、扶脾土、平肝木、宣脉络。

处方

(1) 取穴：脾俞(双)＋、肝俞(双)＋、足三里(双)＋、关元＋、胃俞(双)＋、丰隆(双)－、地仓(左)－、太阳(左)－、曲垣(左)－、风市(左)－。

(2) 手法：捻转提插，曲垣、风市用提气法。

经用上法调治数月后，症状逐步好转。

按：祖国医学认为麻与木是两种不同的症状。麻者，非痛非痒，肌肉之内如千万小虫乱行，按之不止；木者，不痒不痛，自己肌肉如他人肌肉，按之不知，掐之不觉，麻木二症常相继出现，麻为木之渐，故合称为麻木。《灵枢·刺节真邪论》中指出："卫气不行，则为不仁。"故后代医家论麻木之症，总以营卫气滞不行立说，虽症因多端，至其发病，都为营卫不足而致。本例病者，肝肾不足，土为木侮之质，脾虚津液失运而生痰，肝虚木火化风，而为风痰，风痰之邪入于脉络，营卫之气运行不

周，故发为麻木之证。陆师正本穷源，标本同治，补脾俞、胃俞、足三里以运水化痰；补肾俞以滋水涵木；泻丰隆以降痰浊；补关元以培固精关；取地仓、太阳、曲垣、风市以疏经宣络。于曲垣、风市二穴并用提气法，微捻轻提，使气聚针下，此为古人用来治疗顽麻之特殊手法。

中风后遗偏瘫

例 1. 童某某,男,55 岁,工程师。

初诊:1975 年 3 月 27 日。右半肢不能动弹,已有 1 月。

患者有高血压史已 6～7 年。1971 年 9 月出现心绞痛,经常胸闷、头晕、胸痛。心电图检查示:左前分支传导阻滞,右心室占优势,窦性心动过速。1974 年 11 月发现眼底动脉Ⅱ级硬化。1975 年 2 月 28 日下蹲起立时,突然出现右侧上、下肢麻木,不能行动,随即神志昏迷,面色潮红,口角向左㖞斜,流口水,舌强不语,送某医院急诊,诊断为“脑血管意外症”,曾服降压灵、维生素等药,后又至静安区某医院诊治,诊断同上,转来针灸。

当时诊得右半身不遂,口角㖞斜,头晕头胀,胃纳不佳,形体消瘦,面色萎黄,尾骶部疼痛,大便秘结,痰黏色黄,脉弦滑,舌苔薄腻,边尖绛,此中风后遗症也。风痰流窜经络,气不行,血不荣,古称“偏枯”。治宜潜阳熄风,疏经通络。

检查:血压为 21/13.9 kPa(160/105 mmHg),肘膝以下麻木不仁,经络切诊为督脉长强处有压痛,右半肢沿胆经、膀胱经牵掣疼痛。

处方

1. 针灸

(1) 取穴:大椎、肩髃(右)、曲池(右)、支沟(右)、合谷(左)、环跳(右)、居髎(右)、阳陵(右)、飞扬(右)、丰隆(右)、地仓(右)、下关(右)、风池(左)、太冲(双)、复溜(双)。

(2) 手法：平针法，因患者紧张，故得气后即起针。

2. 中药

竹沥半夏9克，广郁金9克，新会皮6克，延胡索9克，川芎5克，桑寄生9克，赤、白芍各9克，全当归9克，黄芩9克，云茯苓9克，怀牛膝12克，生石决(先入)30克。5剂。

二诊：3月29日。针刺后尾骶部疼痛消失，右脚稍能迈步，余症同上，再从上法针治。

处方：针穴同上，去大椎穴。

四诊：4月3日。右口角歪斜有好转，右半身不遂，沿小肠经经脉拘急疼痛，血压已正常，胃纳较馨，脉弦滑，苔薄腻，宗上法加减。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：天宗(右)、曲垣(右)、肩中俞(右)、肩贞(右)、地仓(右)、殷门(右)、委中(右)、飞扬(右)、风池(右)、下关(右)、太冲(双)。

(2) 手法：平针法，不留针。

2. 中药

竹沥半夏9克，广郁金9克，潞党参9克，淡黄芩9克，桑寄生9克，赤白芍各9克，全当归9克，云茯苓9克，陈皮5克，牛膝12克，石决明(先入)30克。4剂。

六诊：4月7日。口角左斜已正，右半肢麻木减轻，再守上法。

处方

1. 针灸

上方去下关、地仓二穴。

2. 中药

竹沥半夏9克，全当归9克，潞党参9克，桑寄生9克，豨

签草9克，怀牛膝9克，羌、独活各9克，白术、芍各9克，云茯苓9克，淡黄芩9克，威灵仙9克，臭梧桐9克。6剂。

十二诊：4月25日。上肢稍能抬举，右半肢麻木已减，已能履步，沿手太阳、足太阴经脉拘急疼痛，治以循经取穴以疏通经气。

处方

1. 针灸

风池（左）、天宗（右）、曲垣（右）、臑俞（右）、肩贞（右）、箕门（右）、血海（右）、阴陵泉（右）。

2. 中药

上方 7剂。

十六诊：5月7日。右半肢活动范围逐渐增大，筋脉牵制转为手足太阳二经，再宗上法治之。

处方：风池（左）、天宗（右）、曲垣（右）、臑俞（右）、肩贞（右）、环跳（右）、秩边（右）、殷门（右）、委中（右）、飞扬（右）。

二十六诊：6月10日。右上肢高举已能过肩，右下肢步履已趋正常，唯终觉筋脉牵紧，脉弦细，苔薄腻。单取筋会治之。

处方

（1）取穴：阳陵泉（双）。

（2）手法：进针得气后捻转100转，留针20分钟，再捻转100转，再留10分钟起针。

三十诊：6月15日。右半肢筋脉牵紧大减，右下肢步履已似常人，右上肢高举过头时稍抖动，同时在天宗穴处出现疼痛。根据同名经“同气相求”原则治之。

处方

（1）取穴：金门（右）、京骨（右）。

（2）手法：平针法，留针20分钟。

三十五诊：6月24日。右侧上肢已能举过头顶，下肢履

步如常，病已恢复，再针刺以巩固之。

处方

(1) 取穴：申脉(右)、金门(右)。

(2) 手法：同前。

经治40次而停治，瘫痪肢体已完全恢复。

按：中风后遗症往往缠绵不易痊愈。此例在治疗过程中开始以潜阳、熄风、疏经通络之法，继则根据经络理论，循经取穴，共治40次病情痊愈。朱师认为"治病为求其经"，本例患者自觉筋脉牵紧疼痛，须辨明在何经何部，而循经取穴。当手太阳经拘急酸楚时，即取天宗、曲垣、肩贞等小肠经穴位；当足太阳经拘急时，即取秩边、殷门、委中、飞扬等膀胱经穴位；当足太阴经拘急时，即取箕门、血海等脾经穴位。"随变而调气"往往效果较好。在上肢出现疼痛时，亦可用同名经相应的部位上病下取，疗效也较显著。

例2. 莫某某，女，48岁，工人。

初诊：1975年12月12日。左半肢瘫痪10天。患有高血压多年，本月2日下午和邻居吵架动怒后，出现头晕，出冷汗，恶心，神志模糊，送某医院急诊，继而昏迷加深，血压20/13.3 kPa(150/100 mmHg)，诊断为"脑溢血"，抢救2天后，神志渐清，10天后出院，转来针灸治疗。

当时由家属抬来，左半肢完全瘫痪，舌强不语，口角左歪，时流涎，神志虽清，但精神极为委顿。伴有头晕，胸脘痞闷，寐寤不宁，胃纳不振，大便秘结等症，脉弦滑，苔薄中腻。检查：血压18.6/12.8 kPa(140/96 mmHg)。此为暴怒生气，风阳陡盛，挟痰上扰，壅塞空旷，灼伤络道，阴阳不交，故神明受阻，突发卒中。患者神志虽清，但络道阻塞，营卫失和，而致肢体失用。治拟潜阳熄风，疏通经络，标本兼顾。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：① 头针：右运动区。② 体针：哑门、风府、下关(左)、地仓、行间(双)、照海(双)。

(2) 手法：平针法，留针30分钟，隔10分钟运针1次。

2. 中药

全当归9克，赤白芍各9克，川芎6克，郁金9克，竹沥半夏9克，陈皮6克，白蒺藜9克，黄芩6克，决明子30克，忍冬藤12克，牛膝12克，珍珠母(先入)30克。4剂。

另：润肠片50片，每晚服3片。

四诊：12月15日。针药后，头晕较好转，口㖞稍迁正，夜寐已宁，大便已解，语言仍不清，左半肢滞重麻木，守上法续治之。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：① 头针：右运动区。② 体针：哑门、风府、下关(左)、地仓(左)、行间(双)、照海(双)。

(2) 手法：平针法，留针30分钟，隔10分钟运针1次。

2. 中药

全当归9克，赤白芍各9克，郁金9克，竹沥半夏9克，陈皮6克，白蒺藜9克，黄芩6克，决明子30克，忍冬藤12克，牛膝12克，珍珠母(先入)30克，独活9克，干地黄12克，秦艽6克。6剂。

十四诊：1976年1月12日。服中药10剂后，单用针刺治疗，左下肢稍能抬动履地，左上肢尚感疼痛滞重，麻木已减，口角流涎好转，能讲简单语言，脉小弦，苔薄白，血压19/12 kPa(140/90 mmHg)。仍守原治，头、体针并治之。

处方

(1) 取穴：① 头针：右运动区。② 体针：哑门、风府、下关(左)、地仓(左)、行间(双)、照海(双)。

（2）手法：平针法，留针 30 分钟，隔 10 分钟运针 1 次。

二十四诊：1976 年 2 月 12 日。经治疗后，下肢活动幅度增大，上肢能抬举，唯肢节尚感牵制，伸展时酸痛，脉微弦，舌苔薄。转用体针治疗。

处方

（1）取穴：风池（左）、肩髃（左）、肩髎（左）、曲池（左）、手三里（左）、环跳（左）、秩边（左）、阳陵泉（左）、风市（左）、飞扬（左）、太冲（双）、三阴交（双）、合谷（双）。

（2）手法：得气后，留针 20 分钟。

三十六诊：1976 年 3 月 13 日。半身不遂明显好转，活动方便，守上方巩固之。

共治 48 次后，结束治疗，嘱试复半工 1 月。1977 年 2 月因右肩臂酸麻又来针灸治疗，询悉一直全日上班，未有异常。

按："中风"多由阴阳平衡失调，火盛化风，气血上逆，痰阻窍络而成。《内经》中亦早有"血之与气，并走于上，则为大厥"之说，一般"中风"昏迷清醒后，由于气血亏虚，瘀阻脉络，多有后遗症状，朱师根据临床观察在后遗症刚出现时，采用头针、体针结合疗法，疗效常较显著，在症状改善，半肢稍能活动后，改单用体针疗法。这样对初"中"而昏迷时间较短的病人，往往能取得良好疗效。

《素问·脉要精微论篇》指出："头者精明之府"，明代张介宾注解说："五脏六腑之精气，皆上升于头。"说明头部与人体内各脏腑器官的功能有密切的关系。现代医学关于大脑皮层功能定位的理论对大脑皮层进行了详细的分区，而头针疗法是在大脑皮层相应的头皮投射区针刺，运用这种方法，对初起阶段的病人比体针收效明显。本例病者头针、体针结合治疗 20 次后，改单用体针治疗，共治 40 多次，完全恢复健康，证明了朱师的观点。

哮　　喘

例 1. 林某某，女，27 岁，教师，龙华门诊卡：81790。

初诊：1963 年 10 月 9 日。哮喘发作有年，每发作于秋冬。发时喘急咳逆，痰多白沫，形寒肢冷，脉沉细，舌苔薄黄。病属肺气不足，外卫失固。皮毛为肺之合，风寒外来，循皮毛而入袭于肺，肺气不宣，治节不行，聚液成痰，风痰更阻，气道不利，喘疾乃作。先拟降逆化痰，冀其喘定，后议调治。

处方：天突△、膻中△，各 5 壮，艾炷如麦粒大。

二诊：1963 年 10 月 11 日。灸后寒痰已减，咳呛亦稀，唯喘逆向未平息，是灸之热力已达肺络，但尚不足耳，脉细，苔薄黄，仍当依法再进。

处方：气户（双）△，各 7 壮，艾炷如麦粒大。

三诊：1963 年 10 月 14 日。寒喘之作，乃寒痰扶风互阻肺络所致，但得胸阳一宣，则寒散痰化，风失凭借而自去，吸道畅利气自平矣。两经灸治，咳稀痰畅，喘息亦平，脉沉细，苔薄滑，续当温阳，以助煦运。

处方：大椎△、身柱△，各 7 壮，艾炷为麦粒大。

四诊：1963 年 10 月 18 日。灸治以来，情况良好，虽气候骤然寒冷，仅有咳呛而已。肺气渐复，外卫自固，是皆胸阳煦运之效，脉、舌如前，续为温阳为法。

处方：肺俞（双）△，各 7 壮，艾炷为麦粒大。

五诊：1963 年 10 月 21 日。喘息日趋稳定，惟午后有轻

微咳呛。脾土为肺金之母，子虚必求哺于母，惟母实乃能荫子，今用培土生金之法。

处方：足三里（双）△，各7壮，艾炷如麦粒大。

六诊：1963年10月25日。前用三里培土，兼寓"上实下虚，引而下之"之意，灸治以来，午后尚有泛恶，喘息虽平，仍有轻微发作，兹从和胃健运之法，以冀清升浊降，平秘阴阳。

处方：上脘△、中脘△，各7壮，艾炷如麦粒大。

七诊：1963年10月28日。两经扶胃益气之灸，正得清升浊降之效，泛恶已平。惟午夜阴盛之时，尚有轻微喘逆，乃风寒趁阳衰之隙而扰肺。经云："风气与太阳俱入行诸脉俞"，当依法灸之，以杜其风渐之门户。

处方：风门（双）△，各7壮，艾炷如麦粒大。

随访结果：白昼照常工作，夜间虽有发作也较轻微。

按：本例病者陆师辨为肺气不足，治节失行，水气凝聚成痰，更兼外感风寒之邪，以致风痰更阻，壅塞气道而成病。在施治过程中，前后凡七诊，临阵应变，循序而进，析理清楚，可师可法。首诊灸天突、膻中以开气道而降逆气，故灸后痰减、呛稀，是灸火之力，透达肺络，气道寒凝之痰浊，得温而行散之象。此法陆师习用于寒喘发作时，每收奇效。次诊痰减呛稀而喘未平，辨为火力不足，再灸气户以助胸阳而开阴霾，灸后喘息平息。三诊、四诊趁胜而进，再灸大椎、身柱、肺俞等穴，温督脉以补诸阳，益肺气而固表卫，故灸后能外御寒邪侵袭而不病喘。五诊、六诊病势已去，乃易实母荫子之法，健补脾胃，灸足三里、上脘、中脘，灸后脾胃之气健旺，清浊升降复常，肺气康复，病已基本痊治。然犹恐其外门失禁，再为风寒所乘，七诊灸风门以杜邪袭之路。前后七治而告痊。

例2. 裴某某，女，42岁，龙华门诊卡：69466。

初诊：1964年9月5日。哮喘宿疾缠绵20余年，每值新

感或劳累之后，辄有发作。近 2 天来发热气急，咳嗽多痰，痰呈白沫，不易咯出，喉中有吼鸣声，胸脘痞闷，面色暗滞，口唇指甲青紫，舌质微紫，苔薄白，脉浮数。证属肺气不足，复因外感风寒，以致肺失清肃之权，气机升降不利，气不化津，湿浊壅聚，阻塞气道。治拟温阳化湿，以冀邪退正复，气机得平。

处方：肺俞（双）△、膏肓（双）△、大椎△、膻中△、天突△、气户（双）△、足三里（双）△，隔日 1 次，每次 2 穴，每穴 7 壮，艾炷如麦粒大。

二诊：1964 年 9 月 15 日。初诊灸肺俞后，顿觉呼吸较畅，咯痰稍利，以后循序施灸，上述各穴均已轮灸完毕。气急已平，胸闷亦得缓解，睡眠尚不宁静，胃纳尚佳，脉浮数，苔薄白，舌边紫斑，入暮虚热蒸蒸，咳嗽以夜间为甚，肺胃蕴热未息，面色带滞，颜容憔悴，病势虽减，仍防反复，再拟温蠲。

处方：膏肓（双）△，各 5 壮，艾炷如麦粒大。

三诊：1964 年 9 月 19 日。气急平静，近日胃纳不佳，小便短少，脉濡细，三部均弱，舌质淡，此三焦均虚，拟先宽中利尿。

1. 针灸处方

（1）取穴：中脘＋、气海＋、关元－、水道（双）－、三阴交（双）－、足三里（双）＋。

（2）手法：捻转，不留针。

2. 中药

香砂六君子丸、金匮肾气丸。

按：本例病者亦为肺虚痰盛，为风寒裹束，气道失利之证，但脉数、发热，是兼有伏邪化热之象。按理热则清之，当用针刺泻法，但陆师仍以施灸为主。盖灸法虽然温阳，亦能散寒。本例之热象，乃为寒邪所化，艾火系纯阳之品，能温经散寒，寒邪所化之热，灸之亦无不可，况乎哮喘之病，虽略有热

象，究属标证，其致喘之因，盖在痰浊壅阻，灸治可以化浊豁痰，温通肺气，故可不必拘于仲景“微数之脉，慎不可灸”之说。唯壮热脉洪，或阴虚内热者，才须慎重。至于本例之用穴，意与前例类同，其有异者，唯后期见小便短少，水道不利之症，水为金之子，母邪传子，故病如此。陆师加用关元小肠之募，水道、三阴交渗利水湿之穴以利尿，此乃随症应变之法。

例 3. 赵某某，男，33 岁，干部，龙华门诊卡：68556。

初诊：1963 年 4 月 27 日。肺肾同亏，痰火上犯太阴，气促痰鸣，病延十载。兼证眩晕、健忘、神疲梦遗，苔薄舌绛，切脉细而虚大，尺部无力，太溪小弦，冲阳虚弱，颔厌脉盛。按脉论证，似属肺肾同亏，虚阳上亢，下虚上盛之疾，治宜先标后本。

处方

(1) 取穴：肺俞(双)＋、天突－、关元＋、肾俞(双)＋、太溪(双)－、复溜(双)＋、神门(双)－。

(2) 手法：提插捻转。

注：太溪脉转静后，可改用补法。

二诊：1963 年 4 月 29 日。太溪脉依然小弦，相火浮越未平，寸口脉沉细，苔薄质稍淡润，睡眠较酣，余症如前，再拟滋肾宁神为主。

处方

(1) 取穴：肺俞(双)＋、天突－、关元＋、肾俞(双)＋、太溪(双)－、神门(双)－、丰隆(双)－。

(2) 手法：提插捻转。

三诊：1963 年 5 月 3 日。睡眠较安，精神稍振，眩晕渐平，苔薄，寸口脉沉细，太溪脉转静，冲阳稍起，太冲微细，再拟滋水以降相火，宁心以安神明。

处方

(1) 取穴：肺俞（双）＋、肾俞（双）＋、神门（双）－、大陵（双）－、气海＋、关元＋、太溪（双）－、复溜（双）＋。

(2) 手法：提插捻转。

五诊：1963 年 5 月 10 日。治疗以来，诸症均有好转，睡眠更著。连日阴雨，肺失肃降，略有微喘，太溪脉偏高，寸口脉沉细，舌苔薄黄，再拟肺肾同调，佐以宁心。

处方

(1) 取穴：肺俞（双）＋、肾俞（双）＋、天突－、神门（双）－、气海＋、关元＋、太溪（双）－、复溜（双）＋。

(2) 手法：提插捻转。

八诊：1963 年 5 月 20 日。喘促已平，眠象尚佳，精神渐振，梦遗已固，眩晕仍有轻微发作。左太溪较亢，余脉已平，再拟肺肾同调。

处方

(1) 取穴：肺俞（双）＋、天突－、丰隆（双）－、足三里（双）＋、太溪（双）－、关元＋、肾俞（双）＋、三阴交（双）＋。

(2) 手法：提插捻转。

十诊：1963 年 5 月 28 日。病情良好，睡眠渐趋正常，夜间小便频数，脉濡细，苔薄，太溪转静，太冲细小，病在肺、肾，当再益肾宣肺为主。

处方

(1) 取穴：肺俞（双）＋、肾俞（双）＋、关元＋、气海＋、三阴交（双）＋、太冲（双）－、太溪（双）＋。

(2) 手法：提插捻转。

十二诊：1963 年 6 月 7 日。诸症渐见轻减，相火虽有平降之势，惟因五志太过而反复浮动，脉来见缓，舌苔薄滑，再拟原方出入。建议休息，以观其效。

处方

（1）取穴：肾俞（双）＋、志室（双）＋、心俞（双）－、关元＋、三阴交＋、太冲（双）－。

（2）手法：提插捻转。

按：本例病者陆师辨为肺肾同亏，虚阳上浮之证，故弃灸而用针。补肺俞、肾俞以培补肺肾；取气海、关元以益元纳气；复溜是足少阴水经之经金穴，补此一穴有兼补肺肾之功；刺天突以降气；泻神门以宁神；唯太溪一穴，陆师先用泻法，以泄躁浮之相火，待太溪脉平后，转用补法，以益肾水，此为驱龙入海、引火归元之妙用。复诊除宗前法外，加丰隆以降痰，三阴交以养阴，乃原法增损之意。至十二诊，诸恙渐平，唯因五志太过而虚火仍有浮动之象，故泻心俞，盖心藏神，而统七情，心神安藏，则五志之火，亦不会妄动而水害。

讨论

哮之与喘，其为两证。先贤徐大椿曾云："哮与喘，微有不同，其症之轻重缓急，亦微有异。盖哮证多有兼喘，而喘有不兼哮者。要知喘证之因，若由外邪壅遏而致者，邪散则喘亦止，后不复发，此喘证之实者。若因根本有亏，肾虚气逆，浊阴上冲而喘者，此不过一二日之间，势必危笃……此喘证之属虚者也。若夫哮证，亦由初感外邪，失于表散，邪伏于里，留于肺俞，故频发频止，淹缠岁月。"并提出"以温通肺脏，下摄肾真为主，久发中虚，又必补益中气"等治喘大法。还特别指出："按穴灸治，尤易除根"的经验。可见运用针灸方法来治疗哮喘，早已引起古代医家的重视。以上所举三例病者，按症而论均属哮证范围，陆师治法也均与先贤合拍，足证针灸服药，其法虽殊，理论完全一致。

噎　　膈

例 1. 邬某某，女，73 岁，黄路公社卫生院门诊号：6387。

家属代诉，患者于前日下午起，突然眩晕，肢体麻木，滴水不进，得食即吐，一昼夜达数十次，胸部痞闷，精神疲乏，闭目懒语，已有 2 天。脉弦大，两尺微细，舌淡苔薄腻，按神阙、中脘有动悸应指。病系中气不足，肝木犯胃，胃气不能下降，遂致得食即吐。证属噎膈，宗前人经验取中魁灸之。

处方：中魁（双）△，米粒灸，各 7 壮。

灸后患者自诉胸脘痞闷见松。次日随访，眩晕平，呕吐止，并能食稀粥几匙。

按：本例患者，年事已高，乃因将息失宜，气火陡升，肝风时动，侮土伤津，以致食道枯燥，胃气逆上，而成此证。眩晕麻木者，均系肝风之故，脉强大，肝旺之候，两尺微细，年高肾衰之象。病者阴亏在下，阳浮于上，此为无根之火，兼以二天不能进食，病势危重，急则治标，陆师用古人经验穴“中魁”灸之而愈，足证奇穴有奇效，治之中的，犹钥之投锁，每有出人意料之功。

例 2. 张某某，男，54 岁，原诊所门诊号：43821。

患者素嗜酒食，久病肠胃，一发半日。今见水谷不下，食则疼痛难忍，泛吐昏厥，形瘦肉削，呼吸迫促，不能言语，脉细弦，舌有垢苔。证属阴亏火旺，风因火升，热结血燥，横侮中土，而致脾气失运，胃气失降，冲逆膈塞于上，乃成此证。治以

运脾和胃、疏肝降气之法，以观后效。

处方

(1) 取穴：中脘－、气海△、脾俞(双)＋、章门(双)＋、期门(双)－、足三里(双)＋。

(2) 手法：提插、捻转。足三里行补法后，向下插针，气海灸7壮。

经治3～4次后，痛止，能进稀粥。7～8次后呕止而能进食。停治3日后，精神渐佳，食纳亦旺。

按：本例病者，酒食伤脾而病肠胃，兼以年逾六八，肾气早衰，水亏于下，火炎于上，风因火升，损血侮土，是本在脾胃而标在肝木也。陆师为拟运脾和胃、疏肝降气之法，泻中脘(胃募)，补足三里(胃合)以和胃；补章门(脾募)、脾俞以运脾；泻期门(肝募)以疏肝；灸气海益肾元而降逆气，此引火归原之法。足三里行补法针向下插，使气行向足跗，此亦引气下行之术。标本兼顾，渐收治效，则知针之对病，虽痼疾亦不可轻弃。

讨论

《素问·通评虚实论篇》称："隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。"噎是吞咽之时，哽噎不顺；膈是胸膈阻塞，饮食不下，并称之为噎膈。先贤论噎膈之病因，则有张洁古"从气"之说；徐春甫"忧、食、劳、气、思"之分；王太仆"有火属热"之称。是故后世之论治者，多有从火从热立法施药。陆师认为本病属寒属热，不可尽拘，其病或由忧思气结，生痰结块，胶着食道；或因郁而气滞，道路窄狭；也有精血不足，或火动伤津而致食管枯燥，虽膈在上焦，然亦与脾气失运，胃气冲逆，肾失生化有关。盖胃司受纳，脾主运化，肾为水火之脏，化生之本，若肾亏于下，失腐熟纳气之功；脾失健运，无施布散津之能；胃气冲

逆，拒纳水谷之气，食入而引动胃家气火，故食噎不下，下而复出，而胃气之冲逆，又每与肝胆之气火有关。故陆师治疗本病，多从和胃健脾、疏肝益肾立法，后一病者的治法可见梗概，而和胃用补泻兼施之法，尤为陆师的独特经验。盖胃家之实，实在气火冲逆，故中脘宜用提插泻法，以泄邪热，足三里先用补法益胃气而佐受纳，再扶针下插，引经气向下，以降冲逆，一泻一补，是乃和胃止呕法之灵活运用。我等随诊多年，每见其针出呕止，固知陆师之功，其妙专在手法。

反　胃

陈某某，男，68岁，黄路公社卫生院老中医。

去年6月胃脘疼痛，纳谷不香，呕吐泛酸，得食即痛，痛久则吐。经中西医治疗，疗效不显，呕吐加剧，精神虚惫，于当年2月送中心医院采取支持疗法治疗。治经7月，全身情况好转，出院回家休养，2月后能上班工作。20天后旧病复发，神乏怯冷，呕吐更剧，不能进食。迭经中西医治疗无效，患者丧失信心，嘱家属准备后事。是日中午，余趋前会诊，询知有朝食暮吐，暮食朝吐之症，诊其脉沉迟，太溪、冲阳均濡细。此脾肾阳虚，命门火衰，釜底无薪，不能腐熟水谷，拟温补脾肾，非灸不能急挽其危。

处方

(1) 取穴：中魁(双)△、足三里(双)△、中脘△、关元△。

(2) 手法：每穴7～11壮，灸炷如米粒大，轮流施灸，每次2穴。

经灸中魁、足三里后，呕吐即止。次日复灸中脘、关元，脘腹温暖舒服，能吃稀粥，脘痛顿减。后以中药调治，食欲渐增，十余日即能起床行走，1月后恢复工作。

按：反胃之病，其特征为"朝食暮吐"、"暮食朝吐"。《医通》所谓"真火式微，胃寒脾弱"也。本例病者，年近古稀，精气早衰，阳气虚惫，两脉沉迟，太溪、冲阳微弱，乃脾肾阳虚矣。昔贤张景岳云，反胃之症"虚在下焦"、"除非补命门以扶脾土，

则火无以化，土无以生，亦犹釜底无薪，不能腐熟水谷，终无济也”。本例意在振复元阳，温补脾肾。取中魁以止呕应急；配足三里以温中和胃，故灸后呕吐即止。次日复灸中脘胃募以暖中宫，加灸关元以补命火，而温下元，此釜底添薪之法。故二诊而脘腹温暖，症减其半，经调理而得愈。

陆师认为本病之因虽前贤也有邪热不杀，火炎而气多升少降之说，但临床所见，多为虚寒，故治疗重用灸法，以灸有温阳之功，能振复元气，常灸中脘、关元，对反胃者大有裨益，然须持之以恒，勿浅尝即止，方收治疗之效。

胃　痛

例1. 阎某某，女，41岁，龙华门诊卡：73676。

初诊：1963年6月14日。头晕作胀，胃脘隐痛，小腹胀满，月经先期，病系肝失疏泄，横逆犯胃，脉弦，舌苔薄质绛。治拟柔肝理气，扶助中宫。

处方

(1) 取穴：中脘＋、气海＋、胃俞(双)＋、太冲(双)－、三阴交(双)＋。

(2) 手法：捻转提插补泻，留针10分钟。

二诊：1963年6月17日。针后胃脘得舒，口苦，时有泛恶、嗳气，临经腹部作胀隐痛，两乳亦胀，脉弦，苔薄质红。肝气郁结，气滞不畅，冲任失调，治拟疏肝理气，通调冲任。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：内关(双)－、中脘＋、气海＋、关元＋、归来(双)－、公孙(双)＋、太冲(双)－。

(2) 手法：同上。

2. 中药

逍遥散60克，每日早晚各服4.5克，开水送下。

三诊：1963年6月19日。前投疏肝理气之法，病势大减，脉来小弦，舌苔薄滑，再拟原法出入。

处方

(1) 取穴：内关(双)－、中脘＋、气海＋、胃俞(双)＋、足三里(双)＋、太冲(双)－。

(2) 手法：同上。

四诊：1963年6月21日。劳累之后，眩晕复作，胸闷肢软，腰尻酸楚，脉来小弦，舌苔薄滑质绛。肝肾亏虚，气火之凌，治拟柔肝益肾，宽中悦胃。

处方

(1) 取穴：内关(双)－、中脘＋、气海＋、侠溪(双)－、足三里(双)＋、肾俞(双)＋、风池(双)－。

(2) 手法：同上。

五诊：1963年6月24日。眩晕、头巅作胀，时欲泛恶，胸胁闷胀，夜寐尚安，脉小弦，苔薄滑。病久正虚，肝木鸱张，治再宗前酌议。

处方

(1) 取穴：内关(双)－、中脘＋、气海＋、足三里＋、太冲(双)－、侠溪(双)－。

(2) 手法：同上。

六诊：1963年6月26日。头眩时起，胃纳渐振，脘腹作胀，腰尻酸软，脉来小弦，舌苔薄白。证情好转，治再原议酌减。

处方

(1) 取穴：内关(双)－、中脘＋、气海＋、足三里(双)＋、肾俞(双)＋、风池(双)－、侠溪(双)－。

(2) 手法：同上。

按：先贤叶天士有“女子以肝为先天，阴性凝结，易于拂郁”之论。本例病者，年近六七，冲任渐衰，血气日减。肝者藏血之脏，全赖阴血濡润，才能柔和为用。今冲任血衰，则肝少血养而气必升动，动则横乘土位而成胃病。头晕作胀者，肝阳

上亢之症；少腹胀满、月经先期是肝郁化火，热在厥阴之故；脉弦舌绛，亦肝旺火盛之象。师施柔肝理气之法以治本，扶助中宫之法以治标。取太冲穴用泻以平肝火；用三阴交施补，和血柔肝；兼补中脘、胃俞，俞募配合，实胃以御木侮；佐用气海生气之原，以调理一身之气机，故一诊而胃痛得舒。二诊月事来潮，有口苦、泛恶、嗳气、腹痛、乳胀之象，皆肝郁气滞之故。陆师改用八脉交会穴内关配公孙，以调阴维与冲脉之气；泻内关意在清营分之郁火；补公孙是调补冲任之脉气；并配归来，以调理胞宫而治腹痛；加关元，佐气海以补气理气；并用逍遥散，重在疏肝。故三诊时，病势大减。四诊、五诊、六诊，趁胜而进，加用肾俞滋水以涵木；用足三里以加强和胃；用侠溪疏泄少阳胆木之气，以释胃侮；取风池以治头晕作胀。此皆消息加减之法，虽小有权变，但仍不离疏肝理气、扶胃和中之宗旨。至六诊，病情好转而停治。

例 2. 曹某某，女，40 岁，龙华医院门诊卡：8663。

初诊：1963 年 5 月 17 日。血虚失濡，络隧空疏，风湿外袭，乘隙而据，遂故膝踝壅肿酸痛，已 4 年于兹。中西迭治，诸法遍试，迄未成效。迩来脘宇不舒，胃府湿壅，阳明失其束筋骨而利机关之能，故步履酸软；土难御木，风木乃动，故胁肋隐痛，心血本虚，风湿来扰，肝木自摇，故心惊胆怯。太冲、太溪、冲阳三脉俱偏细，苔薄白。此胃气失和，痹居经隧之证，治当标本两顾。

处方

(1) 取穴：神门(双)＋、内关(双)＋、太溪(双)＋、足三里(双)＋、太冲(双)－、居髎(双)－、内外膝眼(双)　。

(2) 手法：捻转提插补泻。

二诊：1963 年 5 月 20 日。针后脘胀得舒，但食后胃痛未除，脐周有动悸应手，肢节酸冷麻木、畏风，病久抑郁寡欢，七

虚本难御木，因抑郁而木火愈旺，充斥肆逆，脾气式微，乃致生化之源告乏，气血更虚，营不营于脉中，卫不卫其脉外，内秉既虚，藩篱亦疏，于是肉瞤筋惕，肢冷更著。惟有缓图，难求速效，法拟健运中气以资宣达。

处方

(1) 取穴：中脘＋、下脘＋、气海＋、天枢(双)－、胃俞(双)＋、脾俞(双)＋、内关(双)＋、足三里(双)＋、居髎(双)－、内外膝眼(双)－。

(2) 手法：捻转提插补泻。

三诊：1963 年 5 月 24 日。脉象细濡，舌苔薄白，脘闷、嘈杂、纳食有增，肩及肢节酸冷，冲阳脉稍起，法从原议。

处方

(1) 取穴：中脘＋、下脘＋、气海＋、天枢(双)－、胃俞(双)＋、肾俞(双)＋、内关(双)＋、足三里(双)＋、居髎(双)∓、丘墟(双)∓、阳陵泉(双)∓(均阴中隐阳法)、肩髃(双)＋(烧山火法)。

(2) 手法：捻转提插补泻。

四诊：1963 年 5 月 27 日。营卫不和，脉络空疏，风邪外袭，肩踝寒冷酸痛。施烧山火法，无热感出现，余穴得气亦迟，难治之症也。脉濡细，苔薄白，法从原议，佐以局部拔罐。

五诊：1963 年 5 月 31 日。肩痛虽减，仍恶风吹，脘宇胀痛，纳后㑳㑳，有下垂之感，天枢、气海有压痛拒按，脉濡苔薄。病属中气衰颓，仍拟和中理气之法。

处方

(1) 取穴：胃俞(双)＋、肝俞(双)－、肾俞(双)＋、居髎(双)－、天枢(双)－、气海＋、足三里(双)＋、肩髃(双)∓、肩髎(双)∓、臂臑(双)∓(均阴中隐阳法)。

(2) 手法：捻转提插补泻。

六诊：1963年6月3日。昨起腹泻5次，腹胀肠鸣，神疲纳呆，右肩酸冷，腰尻酸楚，寒袭下焦，法主温散。

处方

(1) 取穴：天枢(双)－、气海＋、大肠俞(双)＋、肩髃(右)∓、肩髎(右)∓、肩贞(右)∓(均阴中隐阳法)、臂臑(右)＋(烧山火法)、上巨虚(双)＋、足三里(双)＋。

(2) 手法：捻转、温针。

七～九诊：1963年6月7日至14日。脘痛纳呆，胸闷，腰胁酸胀，食后脘腹有胀重感，脉濡细，苔薄白根腻。脾运失健，中气下陷，拟补中益气法，又脾属太阴，湿土非温运莫能致效，宜予灸治。

处方：上脘△、中脘△，各7壮，艾炷如麦粒。

检查：肠胃钡剂造影。

十诊：1963年6月17日。症势如前所述，仍守灸治。

处方：下脘△、气海△，各7壮，艾炷如麦粒。

十一～十五诊：1963年6月19日至28日。

十七日肠胃钡剂造影结果：胃下极在髂嵴线下9厘米，蠕动及张力均差，钡剂后2小时，胃内钡剂尚存40%，系脾土虚寒，中气下陷。经云："阳气者，精则养神。"阳虚故神态疲惫；又阳主煦运，阳运不力，故浊阴弥漫而畏寒、溏泄、腹胀、纳呆，诸症从生矣。然自施灸以来，精神渐振，脘痛渐减，已得温阳之效，但腹胀、肢冷、溏泄未已，脉来濡细，苔薄白根腻。仍属脾肾虚寒，醒脾阳、温肾气，乃一定之治法，仍以灸焫。

处方：气海△、脾俞(双)△、胃俞(双)△、足三里(双)△、天枢(双)△、上巨虚(双)△、肩井(双)△，隔日轮流中炷灸7～9壮。

十六诊：1963年7月1日。丽照当空，阴霾自散，继续灸治以来，脘宇渐畅，大便亦趋正常，脉濡转力，苔腻化薄。病势

已入佳境，皆是温阳之力也，仍当再踵前意，并嘱在家养火四周，以避就诊往返之劳。

处方：脾俞(双)△，中炷灸7壮。

停诊期间，灸疮已发，嘱日以灸疮膏换贴之。

十七诊：1963年7月31日。俗云："养火百日"，又云："灸火容易养火难"，甚言其调摄之宜慎也。而乃起居不时，又为风寒之邪所袭，来复之阳，遂遭阻抑，迩来背膂酸楚，俯仰维艰，脉细，苔薄，急宜扶正达邪。

处方

(1) 取穴：风池(双)一、大杼(双)一、膈俞(双)＋、肾俞(双)＋、脾俞(双)＋、内外膝眼(双)一。

(2) 手法：捻转提插补泻。

十八～廿二诊：1963年8月2日至16日。以未复之体，而当虚邪之风，症势又见反复，神疲纳少，脘痛又作，目花头晕，四肢酸软，背部沿足太阳经牵掣引痛，下及腘腨，脉来弦数，舌苔薄黄。治从扶脾悦胃，疏调太阳。

处方

(1) 取穴：膈俞(双)＋、胃俞(双)＋、肾俞(双)＋、三焦俞(双)一、委中(双)一、昆仑(双)一、足三里(双)＋、内关(双)＋、公孙(双)＋、环跳(双)一、秩边(双)一、上穴酌选轮用。

(2) 手法：捻转提插补泻。

二十三诊：1963年9月3日。胃纳已增，脘腹渐舒，无下垂之感，四肢寒冷亦渐还暖，迩来下肢酸楚较著，背部仍觉拘急，脉转有力，治从养营蠲痹。

处方

(1) 取穴：环跳(双)一、秩边(双)一、阳陵(双)一、犊鼻(双)一、足三里(双)＋、大杼(双)一、丘墟(双)一、肾俞(双)＋。

(2) 手法：捻转提插。

廿四～卅五诊：1963 年 9 月 13 日至 11 月 18 日。迩来气候暴暖骤寒，腠理开阖不时，风寒之邪窜入络隧，酸痛游走，时而右肩左脘，时而腰中尾尻，时而两胁髀枢，大抵两膝为最，而右膝右踝则壅肿，着而不移，局部麻木不仁，脉濡苔薄。治拟循经取穴，以养营蠲痹。

处方

(1) 取穴：肩髃（双）－、曲池（双）－、合谷（双）－、阳陵（双）－、内外膝眼（双）－、足三里（双）＋、商丘（双）－、丘墟（双）－、秩边（双）－、肾俞（双）＋、居髎（双）－、上穴酌选轮用。

(2) 手法：捻转、温针。

卅六诊：1963 年 11 月 22 日。舌苔薄白，脉势渐平，胃纳已健，四肢还暖，酸痛亦得轻减，脘宇舒适而无胀重之感，症势已趋稳定，拟予 X 光复查，治从前法。

处方

(1) 取穴：内外膝眼（双）－、阳陵泉（双）－、阴陵泉（双）－、足三里（双）＋、昆仑（双）－、商丘（双）－。

(2) 手法：捻转提插。

上消化道钡剂透视结果：胃无空腹液潴留，胃下极在髂嵴下 4 厘米，蠕动张力尚好，钡剂后 2 小时，钡剂已接近排空。与 6 月 19 日片对照，胃下极上升 5 厘米，蠕动及张力由差而恢复正常，钡剂后 2 小时，原来钡剂存留 40%，现已接近排空。

按：本例病者，久痹而兼胃痛，其发病机理，陆师论之已详，总因心血本虚，痹邪在经，胃腑湿壅，肝木升动而致病。陆师首诊标本两顾，补神门、内关以益心血，补足三里以健脾和胃，补太溪以滋水涵木，兼泻太冲平肝以释木侮，此治本之法；泻居髎、膝眼以蠲痹通络，此治标之意。二诊诊得脐周有动

悸，断为脾气式微，生化之源告乏，故改以健运中气为主，补中脘、下脘、胃俞、脾俞、内关、足三里，表里兼用，俞募相配，远近呼应，此为补益中宫之大方；补气海以培生气之源而佐生化；泻天枢逐肠秽而通降胃气。另取居髎、膝眼以蠲痹。三诊以肩及肢节酸冷，卫阳之气不足，营阴之气外溢，阴阳易居，故陆师取居髎等穴施阴中隐阳之法，泻阴而补阳。取肩髃施烧山火法，祛顽痹之僵冷。但连诊三次，阳气不见来复，乃于七诊开始改用灸法，冀艾火纯阳之性，能荡开其阴霾。并钡餐检查胃部，发现胃体下垂，胃功能低下，取穴以温补脾胃，补益元气为主。自七诊至十六诊，依法而进，阴霾渐散，脘宇转畅，大便正常，病势渐入佳境。但十七诊时，因起居不慎，为风寒所袭，痹痛之症转剧，故按治痹大法"循脉之分"、"各随其过"与"以痛为输"的原则，选取风池、大杼、膝眼、昆仑、委中、环跳、秩边、阳陵泉、阴陵泉、丘墟、肩髃、曲池、合谷、商丘等穴，施以泻法，以蠲痹通络；取膈俞、肾俞、脾俞、胃俞、足三里、内关、公孙等穴培补脾肾、益血和营。至卅六诊，脉舌正常，胃纳冲和，经络舒通，卫阳布敷。X光复检，胃下垂及胃功能低下均有明显好转。

讨论

胃脘痛一证，前人文献每因《素问·至真要大论篇》中"厥阴之胜……胃脘当心而痛"一语，与厥心痛混为一谈，不知厥心痛者，为五脏之气厥入心胞络而作痛，实非胃痛。盖胃秉冲和之气，多气多血，少壮者，胃气充实则邪不能干，虚弱者则邪干而为病。若烦劳冷热，致气血痰食停瘀与真气相搏，皆能作痛，但惟肝木相乘，所见最多。其诱发因素，每有因外吸凉风、忧思气结、怒动肝火、暴食伤脾、烦劳伤气等等。其病因有因

胃寒者，有因胃热者，有食滞者，有气郁者，有停痰者，有瘀血者，有诸虫者。大凡痛而拒按者为实，按之痛解者为虚。上例阎某是既有木旺之症，也见脾虚之象，故陆师平肝与和胃并重。曹某症情较为复杂，陆师三易治法，先针后灸，攻补兼施，而最后亦收显效。足见治病如行军临阵，贵在随机应变，不能株守一方一法，其关键在于辨证正确，施治得当。

髀枢痛

例1. 顾某，女，39岁，家务，龙华医院门诊号：81762。

初诊：1963年10月9日。右髀枢疼痛有年，步履维艰，按之酸楚，叩之无痛，脉细弦，舌薄白。病由营血不足，筋失濡养，乃为寒湿所袭。髀枢为少阳所辖之地，经云："痛留枢中，病在少阳。"是太阳行出其旁，势若毗邻，太阳为寒水之经，同气相招，故系寒湿两侵太少二阳，而以少阳受邪为甚，以病者无叩痛，病在筋肉之间。治拟和营蠲痹。

处方

(1) 取穴：秩边(右)一、环跳(右)一、承扶(右)一、居髎(右)一、侠溪(右)一、丘墟(右)一。

(2) 手法：捻转补泻法，温针。环跳、居髎向大转子进针用合谷刺，刺后拔罐。

二诊：10月11日。舌苔薄滑，脉来转平，髀枢酸楚已减，但迩来胃脘不舒，时有嗳气，纳谷不香，面少华色，此由中气不振，脾失健运，肝木失柔，致湿壅气滞。欲宣外湿，当理内气，治宜两顾，参入疏和之法。

处方

(1) 取穴：秩边(右)一、环跳(右)一、承扶(右)一、居髎(右)一、阳陵(右)一、丘墟(右)一、内关(双)一、足三里(双)+。

(2) 手法：同上。

三诊：10 月 14 日。胸脘之痞胀已舒，髀枢之酸楚也缓，内气外湿，已得宣疏之机，尻部微酸，脉势仍静，舌苔胖白。宗原方增损。

处方

(1) 取穴：秩边(右)一、环跳(右)一、阳陵(右)一、居髎(右)一、丘墟(右)一。

(2) 手法：同上。

四诊：10 月 16 日。经治以来，髀枢痛势日见减轻，仅臀中一处，尚余微胀，步履轻松无碍，脉细苔薄，治再宗前。

处方

(1) 取穴：上髎(右)一、秩边(右)一、臀中(右)一、丘墟(右)一。

(2) 手法：捻转补泻法，温针。

五诊：10 月 18 日。寒湿系阴凝之邪，得经气之煦运，自难贮足，惟是病罹已久，邪势深伏，其宿根尚难全拔，故每逢阴雨天寒，病势尚有起伏。此后尚慎于调摄，当可望愈，原方巩固之。

处方

(1) 取穴：上髎(右)一、秩边(右)一、臀中(右)一、丘墟(右)一。

(2) 手法：同上。

随访结果：痊愈。

按：髀枢位当环跳之分，故俗称环跳风，乃痹邪在于髀枢，而经络壅滞不通所致。治疗时亦须分辨病在筋肉，或骨骼，恪守《内经》"在骨守骨，在筋守筋"的治疗原则。一般须运用温通的方法，加用温针、火罐。本例病者陆师诊断为寒湿之邪袭入太阳、少阳二经，以无叩痛，而认为痹在筋肉，故取环跳、居髎，用《灵枢·官针》篇中刺肌痹之方法——合谷刺法，

针向大转子，深刺筋肉之分，并前后提插，形如鸡足，以扩大针刺感应，刺后加用火罐，以引邪外泄，其余乃一般治痹之方法，恕不赘议。

例2. 吴某某，女，41岁，农民，黄路公社卫生院门诊号：708。

初诊：1965年6月29日。右髀枢痛历已8年，不能行走，动则刺痛，彻夜不能安睡，面色萎黄，脉微细，苔薄滑。迭经中西调治，未见好转，久病入骨，邪气深伏。治拟扶正祛邪，佐以宣络。

处方

(1) 取穴：环跳(右)一、秩边(右)一、风市(右)+、阳陵泉(右)一、昆仑(右)一。

(2) 手法：捻转补泻法。风市穴用青龙摆尾法，环跳穴用白虚摇头法。每周2次。

针治6次后，有好转，以后加用居髎，手法均为一般捻转补泻，连续治疗12次，逐渐痊愈。病者感谢信上写道："感谢党派来了好医生，花钱少，治病灵。8年来日夜疼痛，不能行动，好像活死人，拜神仙，送客人，四面八方看医生，钞票用去儿百元，毛病还是勿肯轻。这次救活了我这个半死人，行动不痛，能参加田间劳动，今后要积极劳动，以实际行动报答党的恩情。"

按：本例病者，邪在髀枢，动则锥痛，是病在骨分。陆师重用环跳，施白虎摇头法以行血滞；取风市施青龙摆尾法以行气。此亦关节交经法之活用，故收效迅速，八年之疾六诊而痛减，十二诊而治愈。

例3. 周某某，女，40岁。

1963年6月8日。会诊案：左髀枢酸痛，任脉牵制，病已3月，转侧殊困，脉象濡细，舌苔薄白。按诊上髎、秩边、环跳

各部有明显压痛。迭经针治，病痛有所缓解，惟行履仍感无力，疼痛尚未消失，又因陈伤背痛时作，转侧更为艰难。病系肝肾两亏，营卫不和，巨阳脉气空虚，寒湿之邪侵袭，经隧阻遏，营气运行不通所致。治拟养营蠲痹，舒筋和络，是否当有，请裁用。

处方

(1) 取穴：上髎(左)一、秩边(左)一、环跳(左)一、承扶(左)一、委中(左)一、阳陵泉(左)一、天应(左)一。

(2) 手法：捻转补泻。温针，在压痛处用分刺，加火罐。

建议：陈伤请伤科处理。

按：本例病者，用穴无特殊，惟于压痛穴处用分刺。此为《灵枢·官针》篇中"五刺"之一，专治肌痹，深刺于分肉之间。这种刺法，陆师常与合谷刺综合运用，即在分刺刺于肌肉之际，结合"前后鸡足"多向透刺，反复提插，适用于肌肉丰厚的穴位。

腰 腿 痛

杜某某，男，39岁，龙华门诊号：2075。

寒邪侵袭少阳，病延多日，经气空虚，右侧腰腿酸痛，肌肉萎缩，以致不能站立，困于转侧，舌苔薄白起裂，脉来正常。当从症不从脉，疏通经气以治其标，待痛势消失，再行治本补肾。

处方

(1) 取穴：环跳(右)、阳陵泉(右)、风市(右)。

(2) 手法：环跳穴施导气手法，5分钟后开始得气，感应渐向下移，至丘墟穴处，停滞不前，用循法后很快向下放射至第4、5趾尖端。调向后，针感仅在附近放射，同时右内侧阴廉穴处有压痛感。

阳陵泉穴向下导气，沿少阳经放射，感应较强。风市穴导气后，针感至丘墟穴处，经捻转结合循法后，感应迅速达足趾。

针刺后，痛势大减，能站立转侧，屈伸自如。

按：腰腿痛，即腰连腿痛的症状，有因肩负重担，扭闪损腰而致者；有因寒湿之邪侵袭经脉而致者；有因肝肾不足，督脉虚损，阴浊之邪瘀凝而致者；亦有因毒瘤内痈、石瘕、肠覃阻压经气而致者。其表现症状，有腰连腿部循足太阳经作痛者，称"太阳腰腿痛"；有腰腿痛循足少阳经者，称"少阳腰腿痛"；有腰连足阳明经作痛者，称"阳明腰腿痛"。施治用穴，当明辨病在何经，然后"循脉之分"，"各随其过"按经选穴，治疗才能恰中其的。本例病者，陆师辨为邪入少阳(少阳腰腿痛)，故专

用足少阳胆经穴，并施以导气（行气）手法。陆师常用的导气手法是，以针向行气法为主，即欲气上行，针向上刺，欲气下行，针向下刺，然后频频捻转、提插以催气，有时还结合“按法”和“循法”，每收针到病除之速效。

白虎历节风

例1. 沈某某，男，12岁。

四肢关节游走疼痛，呼号欲绝，手足骨节高突，痛甚拒按，昼轻夜重，脉紧而涩，苔白质红。此白虎历节是也，当施用行血之法。

处方

(1) 取穴：臑会(双)一、消泺(双)一、清冷渊(双)一、天井(双)一、四渎(双)一、会宗(双)一、肩髃(双)一、五枢(双)一、维道(双)一、居髎(双)一、风市(双)一、中渎(双)一、环跳(双)一。

(2) 手法：捻转泻法。肩髎穴刺入4分，施赤凤迎源法，起针后，其痛即减。环跳穴针入3寸，施以泻法，病者自觉骨节间如有物跳动状，起针后，痛势若失。

例2. 周某某，女，25岁。

发热，胸闷泛恶，不能行履，继而腕骨肿痛，昼轻夜重，脉象弦数，舌苔薄白。此风寒之邪流于关节，失于宣达，治以疏泄。

处方

(1) 取穴：臂臑(双)一、手三里(双)一、上廉(双)一、下廉(双)一、温溜(双)一、偏历(双)一、合谷(双)一、髀关(双)一、伏兔(双)一、阴市(双)一、犊鼻(双)一、足三里(双)一、大杼(双)一、风门(双)一。

(2) 手法：捻转补泻。轮流施龙虎交战法，刺大杼、风门，得微汗，凡十二诊而瘥。

例 3. 江某某，男，52 岁。

风热著于关节，致四肢关节肿胀疼痛，此起彼伏，痛楚难忍，以致遍身不能活动。兼有发热，大便不通，脉象滑数，舌苔垢腻。须泻阳明实热，使腑气下达，浊火撤退，病自瘥也。

处方

(1) 取穴：髀关(双)一、梁丘(双)一、足三里(双)一、冲阳(双)一、手三里(双)一、偏历(双)一、合谷(双)一、大横(双)一、腹结(双)一、府舍(双)一、大巨(双)一、归来(双)一。

(2) 手法：捻转提插泻法。梁丘、手三里施透天凉法。

针后大便即行，热度渐降，痛减，凡二十四次而瘥。

例 4. 徐某某，女，50 岁。

病白虎风，身壮热，肢节焮肿，疼痛不可按。

处方

(1) 取穴：天府(双)一、侠白(双)一、尺泽(双)一、孔最(双)一、列缺(双)一、鱼际(双)一、手三里(双)一、合谷(双)一、伏兔(双)一、阴市(双)一、犊鼻(双)一、足三里(双)一、丰隆(双)一。

(2) 手法：捻转提插泻法。手三里、丰隆施透天凉法。

针治一次热退，再针痛止，凡七次而痊愈。

按：白虎历节风之名，见于《丹溪心法》，为唐宋以后医家综合古代"历节风"与"白虎风"之名称而提出的。其症"遍身骨节疼痛，昼轻夜剧，为虎啮之状"。李梴在《医学入门》中称"以其循历遍身，曰历节风；甚如虎咬，曰白虎风，概称为白虎历节，亦称痛风"。喻嘉言认为也是痛痹的一种类型。故本病的诊断，以"关节游走疼痛"为主要依据。以上四例，均具此基

本特征，故陆师诊断为“白虎历节风”，治疗重用手法。沈某为施赤凤迎源法以行络血；周某用龙虎交战法以住痛移疼；江某、徐某均有热象，故于阳明多气多血之经，施透天凉手法，以泄邪热。治之得法，故皆获显效。

鹤 膝 风

例1. 周某某，女，18岁。

初诊：1949年10月。病右足鹤膝，骨节不肿，大肉渐削，无痛无苦，只酸冷不能行履，面色㿠白。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：阴市(右)+、犊鼻(右)+、梁丘(右)+、阴陵泉(右)+、血海(右)+。

(2) 手法：捻转、提插补泻。

2. 中药

阳和汤内服。

调治3月，肉削渐现丰盛，面色转红，关节活利，酸冷消除。

例2. 徐某某，男，50岁。

初诊：1949年6月。右足鹤膝，肌肤干黑，肉削不能行，面色枯槁，病延三四月，经人介绍来所治疗。

处方

(1) 取穴：风市(右)+、复溜(右)+、犊鼻(右)+、膝关(右)+、阴陵泉(右)+、委中(右)+、阳陵泉(右)+。

(2) 手法：捻转、提插补泻。

调治4月，诸症悉除，恢复正常。

按：鹤膝风之名，见于明代文献，喻嘉言《医门法律》称：

"鹤膝风,即风寒湿之痹于膝者也。"清代医家林珮琴称:"两膝壅肿,内外皆痛,腿细膝粗,如鹤之膝,是名鹤膝风,多由三阴经亏损,风邪乘之使然。""妇人鹤膝风,因郁怒致损肝脾,而为风邪所袭。""小儿鹤膝风,多因先天肾气衰薄,阴寒凝聚于腰膝。"但须与一膝引痛上下,不甚肿而微红者之"膝游风"相鉴别。本二例病者腿细膝粗鹤膝风之症已成,诊断当不困难,病在三阴不足,故陆师均用提插补法以益阳;行捻转补法以推助经气运行;内服阳和汤以补阳,认真调治数月,均告痊愈。

痿　痹

黄某某，女，36 岁，社员，黄路公社卫生院门诊卡：3646。

初诊：1965 年 7 月 19 日。患者身体素弱，2 月前正值雨天往稻田拔秧，当天晚上即两髀枢疼痛不能行动，迁延 2 月余，经多方治疗，疼痛不减，卧床不起，转侧痛剧，不能行走，肌肉萎缩，皮肤干枯不润，由其爱人背来求治。于环跳、秩边、承扶、承山等穴，按之均有压痛，面色萎黄，精神疲乏，脉细数，苔薄腻。系营卫不固，寒邪入络，闭阻脉道，不通则痛，痹阻日久，络脉不通，筋肉失养，遂致枯萎而成痿痹，治拟养营蠲痹。

处方

(1) 取穴：环跳（双）－、秩边（双）－、承扶（双）－、委中（双）－、承筋（双）－、阳陵泉（双）－、昆仑（双）－。

(2) 手法：捻转补泻、温针。

连续治疗 3 次，疼痛大减，并能站立，可行走 3～4 步。第四次复诊能自己乘公共汽车来黄路卫生院门诊。第五次行动更佳，共治疗 12 次痊愈。

按：痿之与痹，原分为两病，并称为痿痹者，晚见于明清医案。因久痹而肌肉瘦削、枯萎，骨弱不用，形如痿证，故而得名，其实也即是痹证。本例患者初病两髀枢疼痛，因延久不愈，下肢痿用而筋肉萎缩，皮肤干枯，成为痿痹。治疗当仍以蠲痹通络为主，痹去痛止，行动恢复，则枯萎之象，可以不治而自愈。

虚　　损

王某某，女，34岁，工人，龙华门诊卡：76832。

初诊：1963年7月30日。肝肾之先天不足，体质羸弱；脾胃之后天相继失调，以致发育不良，矮小气怯。盖脾胃为气血之大源，脾胃失调，则气血之源告乏，脏腑肢骸失煦濡之养，内秉自虚；肝主筋而肾主骨，肝肾不足，则筋骨失秉气之源，生化自缓。内秉虚而生气弱，乃为外邪所乘，于1958年元月，举发左肩酸痛，伴有心悸、不寐、冷汗如注，入浴时辄发晕厥，渐至不能工作，迭经中西医治疗，皆未获效。服"可的松"后，心悸较前愈甚，行蒸气疗法则晕厥发作更剧。嗣后，病势每况愈下，疲乏不堪，两足发虚肿，多言即心荡。虽经长期疗养，然迄无起色。辗转于今，已7年于兹，始终未能复工。来诊时，面色萎黄，形神俱疲，心悸不寐，眩晕时作，脘闷、纳呆、泛恶，胛背酸楚，时及下肢，每逢月经来潮，则巅顶作胀，脉象濡弦，苔薄质红。此因气血不足，乃为风湿之邪外凑。肾水下亏，则心火失济；肝体不足，则肝用乃亢。肝木旺，则脾土受凌，先顾其本，后议逐邪。治从调补肝肾，悦脾安神立法。

1. 针灸

(1) 取穴：肝俞(双)＋、肾俞(双)＋、神门(双)－、太溪(双)＋、足三里(双)＋、行间(双)－。

(2) 手法：提插补泻，留针10分钟。

2. 中药

滁菊花9克，白蒺藜9克，绿萼梅4.5克，夏枯草9克，当归片6克，黄芪9克，党参9克，川断9克，香谷芽9克，广郁金9克，合欢皮6克。

按方增损，共服9剂。

二诊：1963年8月2日。前施调补肝肾、养心悦脾之法以来，眩晕渐平，寤寐稍安。但胸闷未舒，纳食仍差，酸痛亦未轻减。此盖脾失健运，中州为湿邪所困，内阻关窍，旁壅络道，不通则痛，势有所必然。且心肾上下之相交，胃腑为其枢机，惟有胃腑之通调，然后可望水火之既济。拟于前方参入疏调胃腑之法。

处方

(1) 取穴：肝俞(双)+、肾俞(双)+、神门(双)—、行间(双)—、三阴交(双)+、足三里(双)+。

(2) 手法：同上。

三诊：1963年8月5日。水火已成既济，寤寐亦趋正常，胃腑通调，纳谷乃增，近惟胭中酸楚，脉来濡弦，舌苔薄滑。再宗原意。

处方

(1) 取穴：肝俞(双)+、肾俞(双)+、神门(双)—、三阴交(双)+、足三里(双)+。

(2) 手法：同上。

四诊：1963年8月9日。寤寐已入酣象，纳食如常。但迩来又为风寒所袭，卫表遭其困束，肺气失于宣达，症见咳嗽形寒，气短懒言，背痛亦剧发，脉来浮滑，舌苔薄滑。当先治新感，后顾宿疾，此仲景之遗意，亦治病之大法。拟予疏邪宣肺。

处方

(1) 取穴：大椎—、肺俞(双)—、列缺(双)—、外关

(双)一。

(2) 手法：同上。

五诊：1963 年 8 月 12 日。外邪未除，头目滞重，咳嗽仍作，肢体乏力。拟扶正以达邪，前方增损之。

处方

(1) 取穴：肺俞(双)＋、胃俞(双)＋、内关(双)一、列缺(双)一、足三里(双)＋、三阴交(双)＋。

(2) 手法：同上。

六诊：1963 年 8 月 14 日。新感虽解，余波未平，肢酸不已，眩晕目糊，动辄心悸，下肢畏冷，寐象仍安，脉细，苔滑质红。再拟从本论治，兼顾其标。

处方

(1) 取穴：肝俞(双)＋、脾俞(双)＋、肾俞(双)＋、郄门(双)一、神门(双)一、足三里(双)＋、行间(双)一。

(2) 手法：提插补泻。

七～十四诊：1963 年 8 月 18 日～9 月 16 日。症势稳定，诸恙递减，守原方加减。

十五诊：1963 年 9 月 20 日。经治以来，头晕减，纳谷馨，寤寐已入佳象，心悸神疲亦告消失，七年之疴，已显转机之兆。下月起，可试行半日工作。惟是风湿之邪，踞伏已久，根蒂深固，非短日所能蠲除。脉来濡弦，苔薄质绛，背膂酸楚，迟迟未退，预计仍需相当时日之疗治。

处方

(1) 取穴：肝俞(双)＋、脾俞(双)＋、肾俞(双)＋、足三里(双)＋、三阴交(双)＋、神门(双)一、行间一。

(2) 手法：捻转提插结合运用。

十六～十七诊：1963 年 9 月 23 日～9 月 27 日。经水来潮，波涌陇起，血海为之激扰，肝邪遭其触动，遂至巅顶作胀，

两目滞重，咽喉疼痛，脉弦数，苔薄质绛。是乃虚阳化风上扰，诸症防其反复，急宜柔肝清热，育阴护胃。

处方

(1) 取穴：肝俞(双)＋、脾俞(双)＋、血海(双)－、三阴交(双)＋、照海(双)－、复溜(双)＋、足三里(双)＋、行间(双)－。

(2) 手法：捻转提插补泻。

十八～十九诊：1963年9月30日～10月4日。诸症均减，惟近感颈项酸楚，少腹胀痛，脉来渐见有力，苔薄滑，仍防反复。

处方

(1) 取穴：风池(双)－、大杼(双)－、大椎＋、脾俞(双)＋、胃俞(双)＋、复溜(双)＋、足三里(双)＋、关元＋。

(2) 手法：同上。

二十～廿二诊：1963年10月7日～10月14日。治疗以来，诸恙次第减退，唯是久疴之后，体气虚惫，非短日所能康复，三邪深伏，一时自难拔除。幸其脾舒纳馨，已开中焦生血之源，寐静神安，业复阴阳交泰象。此后但当调息将养，慎于起居，待其气血充，营卫和，诸邪自去。嘱停诊3月，恢复原来工作，以观后效。

处方

(1) 取穴：风池(双)－、大椎＋、大杼(双)－、脾俞(双)＋、胃俞(双)＋、复溜(双)＋、足三里(双)＋、阴交－、三阴交(双)＋。

(2) 手法：同上。

随访记录：患者停诊后，即恢复原来工作。辍工7年，一旦康复，患者本人之兴奋，自不待言，周围同志亦都为之庆贺。11月底，去患者居处探望，见其神情焕发，一扫以前忧郁阴沉

之状，身体也结实得多。据述经针治后，体重由 34.5 公斤增加到 40.5 公斤。在停诊期间，除在阴雨时稍觉有关节酸痛及月经来潮时有目眶发酸外，平时均平常。初上工时，颇为小心翼翼，惟恐旧疾又发，乃至试工一个时期后，安然无恙，才完全打消顾虑。

按：邵新甫云："久虚不复谓之损，损极不复谓之劳。"此虚损劳三者相继而成，乃病情发展之轻重，轻者为"虚损"，重者为"虚劳"。不若古代文献论虚劳有五劳、七伤、六极、二十三蒸、九十九种传尸鬼疰等症，庞杂寡要。盖虚劳之病，阴阳气血，脏腑经络，筋骨皮肉皆有，唯有病情发展之轻重不同，不能截然以"伤于气血者为虚，伤于脏腑者为损"来划分。如本例病者，肝、肾、脾、胃先不足，气血筋骨因之而衰弱，不能截然区别何者为虚？何者为损？故陆师统称之为"虚损"。治疗遵张景岳"但当培其不足，不可伐其有余"之义，以治本图源，调补为先。其有偏亢偏衰者，亦以扶弱为主，抑强为辅。本例病者自初诊至三诊，均以调补肝肾，养心悦脾为治法。补肝俞、泻行间，是补肝体泻肝火之意；补肾俞、足三里、太溪、三阴交，是统补脾肾之法；泻神门，是抑亢盛之心火，佐行间有木火同治之意。四诊感受风寒而患咳嗽，故改取大椎、外关以解表，肺俞、列缺以宣肺。五诊外邪已解，故仍恢复原法，佐列缺以清余邪。六诊至十五诊，基本上仍用调补肝肾、悦脾安神为治法。十六诊与十七诊，适逢月水来潮，肝风再起，故用柔肝、清热、育阴护胃之法，加用血海以益阴血，补复溜以滋肾水，泻照海以治咽痛。十八诊以后，因感颈项酸楚而加用风池、大杼，少腹胀痛而加用阴交，至二十二诊后停治，恢复工作，七年痼疾，霍然而愈。

热　　厥

张某，女，32岁，农民。

初诊：1965年12月23日。7天前因患血吸虫病接受锑剂治疗后即高热不退，曾用青霉素及退热针剂都未获效。今晨8时，突然昏厥，体温39.7℃，牙关紧闭，舌强不语。于上午10时，请针灸科会诊。诊见患者形体肥胖，壮热不退，不省人事，痰鸣气急，四肢厥冷，脉滑数。家属代诉，病初起时，头痛如劈。证属湿浊中阻，气机运化失常，热毒郁蒸，清气不升，浊气不降，壅于胸脘，上闭清窍。邪侵太阳、阳明，故颊车紧闭，后脑部疼痛如劈。急拟消热、豁痰、宣络、醒脑之法。

处方

(1) 取穴：① 合谷(双)、外关(双)、内庭(双)、丰隆(双)、束骨(双)、金门(双)。

② 大椎、风府、风门(双)。

(2) 手法：先针第①组穴，用平针法，得气后，捻转3分钟，以后隔10分钟捻转一次(2分钟)。

针后10分钟，神志渐醒，牙关渐开，能看到舌苔(苔白厚腻)。20分钟后，能发轻语，头痛减轻。半小时后张口渐大，随后起针。

再针第②组穴，得气后，留针10分钟起针。

针后20分钟，测体温38.1℃，到中午能吃稀饭50克。下

午精神安定，入睡3小时。

二诊：12月24日。体温已降至37.2℃，昨天午睡后，头痛已减，晚餐吃米饭50克，青菜半碗，睡眠较好，再从前方投治，巩固疗效。

处方

(1) 取穴：上穴加手三里(双)、足三里(双)。

(2) 手法：同前。

三诊：12月25日。昨天晚上身热已退，头痛亦止，纳谷转馨，再拟针刺巩固之。

处方

(1) 取穴：合谷(双)、太冲(双)、手三里(双)、足三里(双)、风府、风池(双)。

(2) 手法：平针法，得气后，留针15分钟。

患者厥证已解，于翌日上午痊愈出院。

按："热厥"亦称"阳厥"，首见于《素问·厥论篇》，是一种阳气盛阴气虚，阳乘阴而致气机逆乱的病证。其症唐代王冰称："气逆则乱，故忽为眩仆，卒不知人。"由于"热盛于中"，故必"热偏于身"，所以宋代朱肱指出"热厥者必身热心痛"、"热气深则方能发厥"，即所谓"热深厥深"。

该例患者痰浊蕴中化热，并以外邪所闭。又因注射锑剂，损伤正气，遂致伏邪陡张，厥气上逆，阳明夹湿热之邪上蒸，太阳受寒逆之气外束，寒热交争，阳邪鸱张，脏腑气乱，神明昏昧，而见上症。朱师通过全面辨证，认为病者虽厥逆窍闭，宜用开窍之法，但窍络之闭，因在痰热，苟痰热不降，则开窍必难收功，故施清本穷源之法，予清热豁痰攻邪之治。取合谷、内庭、丰隆、外关、大椎等穴，使太阳、阳明表解浊化，清阳得以伸发，郁热散而神志清矣。

头者诸阳之会，患者后脑疼痛如劈，朱师根据"标本"、"根

结”经络理论，上病下取，以“荥输治外经”、“郄治急病”之则，用太阳之输穴束骨、郄穴金门以宣络止痛。故三诊而壮热退，厥证解，头痛止，寐安纳馨，诸症痊愈而出院。

气　厥

杨某，女，26岁，工人。

初诊：1975年5月30日。突然昏倒2小时，原有头晕、头痛、恶心、双目发黑史。第一次发作在1973年12月受刺激后，以后每遇到不愉快事或受到惊吓即发作。曾到精神病院治疗，服安坦、奋乃静等药，有好转，但未能根治。这次于4天前开始发病，多哭、多言，语无伦次，经厂医务室注射鲁米那、非那根等药后，连睡3天。醒后精神疲乏，往医务室复诊时，又受不愉快言语刺激，病又发作，但未昏倒。30日上午去车间上班，突然昏厥倒地。诊见形瘦体弱，面无华色，口噤握拳，不省人事，呼吸喘急，四肢厥冷抽搐，脉沉弦。此乃肝气不舒，气机逆乱，上壅心胸，逆阻气道，清窍郁闭而致，乃气厥之证，拟先清心开窍，顺气和营为法。

处方

(1) 取穴：人中、神庭、大陵(双)、太冲(双)、三阴交(双)。

(2) 手法：平针法，提插和捻转相结合，得气后留针，每隔10分钟运针1次。

针后5分钟四肢抽搐即止，10分钟后神志渐渐苏醒。人中穴先起针，其余穴位留针半小时后，神志完全清醒。诊其舌，苔薄质淡，患者自觉手足沉重疲乏。

二诊：6月1日。患者步行至医务室，气息低微，语言无神，自诉头晕，纳呆、脘宇痞闷，四肢酸软，脉转细缓，苔薄白质

淡。再拟顺气和营，宽中解郁为治。

处方

(1) 取穴：合谷(双)、内关(双)、手三里(双)、足三里(双)、三阴交(双)、公孙(双)、太冲(双)、气海。

(2) 手法：平针法，留针 15 分钟。

三诊：6 月 3 日。头晕已减，脘宇痞闷好转，胃纳转馨，四肢尚感酸软。仍进原方，以固疗效。

处方

(1) 取穴：合谷(双)、内关(双)、手三里(双)、足三里(双)、三阴交(双)、公孙(双)、太冲(双)、中脘、气海。

(2) 手法：平针法，留针 15 分钟。

隔天针刺 1 次，共治 4 次，诸恙均失。1975 年 10 月中旬随访正常，精神颇佳。

按：气厥之名见于元明文献。元张从正说“暴怒而得之为气厥”，朱丹溪也说“气厥者，与中风相似”，“风中身温，气中身冷”。本例患者得病于郁怒之后，以后发作亦均与情志怫郁有关，每次发病其身冷而无偏枯之症。故朱师遵古训而断为“气厥”。由于反复发作、正气耗伤，故见形瘦体弱，面无华色，舌质淡等虚象。朱师取人中、神庭、大陵以清心开窍，更配太冲、三阴交以顺气和营，气顺血和则五脏安定，神明归舍。临床上以整体观念出发辨证取穴，标本兼顾，是朱师的治疗特点之一。针后仅 10 分钟，神志渐渐苏醒，留针半小时，神志完全清醒，以后又对症针治 3 次，诸症痊愈。

呕　吐

张某某，女，18岁，渔民。

初诊：1976年6月28日。呕吐已5天。食入半小时即吐，不食亦吐，吐出清涎，每天数十次。脘腹疼痛，辗转不宁，头目眩晕，胃部喜热按，面色萎黄，肢体消瘦，脉沉迟，舌苔薄腻，质淡有齿痕。证系脾胃虚寒，中阳不振，升降失司而致，治拟温中和胃，降逆止呕，针灸并施以治之。

处方

(1) 针刺：手三里(双)、足三里(双)、梁丘(双)、内关(双)、公孙(双)，平针法，得气后，留针20分钟。

(2) 麦粒灸：中魁(右)、7壮。

二诊：1976年6月29日。上次治疗后，呕吐好转，胃脘痛亦减轻，出现右少腹麦氏点有压痛及反跳痛，检白血球9×10^9/升仍守原方加减。

处方

(1) 针刺：手三里(双)、足三里(双)、阑尾穴(双)、内关(双)、公孙(双)，平针法，得气后，留针30分钟。

(2) 麦粒灸：中魁(左)，7壮。

三诊：1976年6月30日。脘腹阵发疼痛，麦氏点有反跳痛，呕吐次数减至每天3～4次，脉沉细，苔薄白。

处方

(1) 针刺：上廉(双)、足三里(双)、阑尾穴(双)、梁丘

(双)、公孙(双)、内关(双),手法同前。

(2) 麦粒灸:中魁(右),9壮。

四诊:1976年7月3日。右少腹反跳痛较减,呕吐基本好转。

处方

(1) 针刺:上廉(双)、足三里(双)、阑尾穴(双)、梁丘(双)、内关(双)、公孙(双),手法同前。

(2) 麦粒灸:中魁(左),9壮。

五诊:1976年7月4日。脘腹疼痛好转,呕吐已止,守上方投治。

处方

(1) 针刺、手法同前。

(2) 麦粒灸:中脘,7壮。

六诊:1976年7月6日。呕吐已止,尚感脘腹微痛,再从上治。

处方

(1) 针刺:手三里(双)、足三里(双)、公孙(双)、内关(双),平针法,得气后留针20分钟。

(2) 麦粒灸:下脘,7壮。

七诊:1976年7月8日。呕吐未发,脘腹疼痛基本消失,守上治。

处方

(1) 针刺:手三里(双)、内关(双)、公孙(双),平针法,得气后留针20分钟。

(2) 麦粒灸:足三里(双),各7壮。

此证又间日针灸3次,以巩固疗效。针穴同上,麦粒灸:中脘、下脘、足三里(双),每次1穴,每穴7壮。

按:胃气以通降为顺,胃失和降,上逆即至呕吐。《景岳

全书》指出："呕吐一证，最当详辨虚实，实者有邪，去其邪则愈；虚者无邪，则全由胃气之虚也。"《经》曰："寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕。"临床上应首先辨明寒热虚实，然后对证治疗。本病例系渔民，长期在江河中作业，寒邪犯胃，日久中宫虚寒，不受水谷，治疗以温灸、针刺并用，而获温中和胃降逆之效。朱师用麦粒灸中魁 4 次，针刺手三里、足三里、内关、公孙、梁丘等穴 4 次，呕吐即止，又针灸 6 次（中脘、下脘、足三里每穴轮灸 2 次），脘腹疼痛相继好转，而告痊愈。

泄　　泻

王某某，女，34岁，教师。

初诊：1970年7月5日。大便黏薄，一日数行已5年。患者经常消化不良，大便黏稠，一日3～4次，伴少腹冷痛胀滞，四肢畏寒。有情志抑郁史，常易恼怒，平时喜食生冷之品。脘腹时而作胀，得嗳气或矢气后乃舒。面无荣色，肢体消瘦，脉搏细滑、尺弱，苔薄白质淡两边微红。胃为水谷之海，脾主运化精微。患者情志不扬，木郁而实，横侮脾土；喜食生冷，寒湿内滞，脾阳不振，因而运化失常，兼以久病，损及肾元，阴中少火，中焦生寒，转相因果，而成此证。拟温补脾肾，和胃理气，针灸两施为治。

处方

(1) 针刺：手三里(双)、足三里(双)、太冲(双)、合谷(双)，平针法，得气后，留针20分钟。

(2) 隔饼灸穴：① 神阙、气海，② 天枢，③ 水道，④ 关元4组穴位，每次针后灸1组，每穴灸7壮。隔天治疗1次，轮流灸治。

上法治疗6次后，大便日行一次，已成形，腹痛腹胀已减。共治12次停止治疗。隔一年患者因关节酸痛来门诊治疗，告知大便已经正常。

按：泄泻之证因，朱师认为虽致病原因甚多，但总的来说，脾土强者，自能胜湿，若土虚不能制水，则风寒与热，皆得

干犯而为病。本例患者大便黏稠不成形，日行3～4次，少腹冷痛胀滞，肢体消瘦，脉细滑尺弱，苔薄白质淡，两边微红，证经五年。脾虚不运损及肾元，肾主二便为封藏之本，真阳寓焉，火为土母，肾火一衰，无以健运三焦而熟腐水谷，且积虚者必夹寒，肝失条达者必犯胃，故治以温补脾肾，和胃理气而针灸两施，冀收同功。

朱师临床对虚寒证患者，一般都主张采用温灸治疗，取效常较显著。本例取手足三里、合谷、太冲以和胃理气、条达肝木；取天枢、水道、神阙、气海、关元以温补脾肾、分清别浊，体现了以上治则。积年之疾，共治12次而告痊愈，皆针艾之力也。

呃逆

李某某，女，31岁，住虹桥路某某号。

初诊：1957年11月20日下午4时。2天来连续呃逆不止，滴水不下。患者平时在睡眠中常易惊觉，前日傍晚，因受惊吓，到晚上8时半突发呃逆，并见左半肢抽搐，口角向右牵斜，滴水不能下咽。送某医院急诊，未能明确诊断，嘱家属转送神经科检查。至20日，因2天来不食不睡，疲惫不堪，故来我诊所求治。

诊得病者面色晄白，身体瘦弱，呃逆频作，口角抽动，全身震颤，状颇痛苦，脉象弦滑重按无力，舌苔厚腻。此系肝肾不足，心胆俱怯，惊痰挟风，随气上逆而致。治拟豁痰降气，熄风宁神为法。

处方

（1）取穴：肝俞（双）－、膈俞（双）－、心俞（双）＋、期门（双）－、日月（双）＋、膻中（双）－、内关（双）－、中脘－。

（2）手法：徐疾补泻法，留针20分钟。

先针胸部腧穴，再针背部腧穴，留针时呃逆渐减而至平静，同时肢体抽搐、口角牵斜等症也随之解除，当时就能喝水及吞咽糕饼，5时左右嘱其回家静养。

二诊：11月21日晚上10时。下午针后回家曾吃稀饭一碗，未见呃逆，后与邻居谈及当时受惊情况，触动心情，于晚上9时许，又有轻微发作，家属虑其深夜增剧，即登门求治，为虑

病者兼有膈寒之证，乃改用灸法以温膈定逆。

处方

(1) 取穴：膻中、巨阙、膈俞(双)。

(2) 手法：麦粒灸先胸后背，每穴 7 壮。

膈俞穴灸至 3 壮时，呃逆完全停止，给以开水饼干，饮食自如，精神渐渐恢复，时已深夜 11 点，嘱其不要多讲话，以免寒气入膈而病再作，并回家静养。隔数日随访，未再发。

按：呃逆之为病，古代文献常与哕并称。如《灵枢·九针论》称"胃为气逆哕"，认为是寒气与新谷气俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为逆哕。后代医家乃别哕与呃逆为二病，盖哕者干呕也，有声无物之称，呃逆者气逆也，气自脐下直冲，上出于口而作声也。现代医学则称为"膈肌痉挛"。

呃逆之病因，历代医家虽众说纷纭，但明代张介宾则称："总由气逆。"盖胃主纳降，其气以下行为顺，若因阴虚火炎、劳役伤脾、伤食气滞、痰浊闭塞、寒邪入膈、久病体虚等，以致火动于中，冲逆而上，皆可为呃。《内经》所谓"诸逆冲上，皆属于火"是也。

本例病者朱师辨为肝肾不足，则生气之源不能畅达。病者体多虚弱，肝气不足则胆气怯弱；肾气不足，则心神不宁，故病者善惊多恐；惊则痰生，痰随风涌，夹火上逆，震动胸膈，而见是证。朱师治以豁痰降气、熄风宁神之法，泻肝俞、期门以平肝熄风；补心俞、日月以宁心壮胆；泻膈俞、膻中以降气清膈；泻中脘以降胃气，兼内关以宽中利膈，故一诊而呃逆平复，再诊为恐及寒邪入膈之兼证，乃改用灸法，取膻中、巨阙、膈俞，温散胸膈之寒邪，以巩固疗效。二诊而病获愈，效如桴鼓之应。

黄　　疸

张某某，女，61岁，退休工人。

初诊：1960年9月1日。肌肤眼目发黄已7月余。寒热时作，胸脘胀闷，右侧上腹部作痛，痛时作恶，纳谷呆滞，目黄肤黄。先在内科治疗，已服中药40多剂，疗效不显，转来针灸科门诊。症情如上，兼有小便黄赤，大便色淡，口渴不欲饮，苔黄腻中剥，脉濡滑而数。实验室检查：GOT55单位，GPT138单位，黄疸指数36单位，胆红质1.8毫克/分升。此系肝失条达，脾失健运，湿浊内阻，郁遏化热，湿热郁蒸而发。治拟疏泄肝胆，培补脾土，以图其本，兼用理气之法，以佐健运。土得昭明，则津液自行；气机得运，则湿热能化矣。

处方

取穴(1) 阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、光明(双)、蠡沟(双)、足三里(双)、太冲(双)、内关(双)，平针法，得气后留针15分钟。

(2) 气海、中脘、胆俞(双)、脾俞(双)，平针法，得气后不留针。

四诊：9月7日。肌肤眼目黄色稍减，胸脘仍胀闷，右胁疼痛减轻，纳谷增加，唯大便秘结，仍守原方佐以通腑之法。

处方

取穴(1) 阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、光明(双)、蠡沟(双)、足三里(双)、太冲(双)、内关(双)，平针法，得气后留针15

分钟。

(2) 气海、中脘、大横(双)、胆俞(双)、脾俞(双),平针法,得气后不留针。

六诊:9月12日。大便已通,胸脘胀满较舒,胃纳转香,目黄身黄渐退,精神渐振,仍宗前治。

处方

取穴(1) 阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、光明(双)、蠡沟(双)、足三里(双)、太冲(双)、内关(双),手法同前。

(2) 气海、中脘、胆俞(双)、脾俞(双),手法同前。

十七诊:10月28日。诸恙皆减,均宗前治。

取穴、手法同前。

十八诊:11月12日。停诊半月,主诉寒热又作,身目再底发黄,胸闷纳呆,旧症又作,守原意加减。

处方

取穴(1) 阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、足三里(双)、中都(双)、光明(双)、太冲(双)、内关(双),平针法,得气后留针15分钟。

(2) 气海、中脘、上脘、肝俞(双)、胆俞(双)、脾俞(双),平针法,得气后不留针。

二十诊:11月17日。针刺后,胸闷又舒,症情均减,仍守原方。

处方:针穴及手法同前。

自11月19日至12月9日,又针治7次,前后共治27次,诸症悉退。实验室检查:GOT48单位,GPT34单位,胆红质0.3毫克/分升,黄疸指数4单位,停止治疗。3年后随访,恢复日常家务劳动。

按:(1) 黄疸主要由于饮食不节,脾胃运化失常,湿热内郁,久而不泄,流入皮肤所致。《经》曰:“湿热相交,民病疸

也。”除遍身发黄外，必有目黄见症，以目为宗脉所聚，诸经之热，皆得上薰于目。古代文献中虽有“五疸”、“三十六黄”之分，但临床上一般可分阳黄、阴黄两大类。阳黄主要由肝胆之火及湿热郁蒸所致；阴黄主要由脾肾两虚、寒湿泛滥外溢而成。本例黄疸有发热，胸脘胀闷，小便黄赤，苔黄腻等症，故属阳黄，但病程迁延日久，症见口渴不欲饮，大便色淡，乃正气不足之候，正虚邪实，治宜疏泄肝胆，培补脾土，标本兼顾。

（2）朱师取阴陵泉、足三里、脾俞以健脾化湿；取阳陵泉、光明、太冲、中都、蠡沟、肝俞、胆俞以疏泄肝胆之火；中脘、上脘、气海、内关以行气宽胸。正气得扶，病邪得泄，则肤黄消退矣。

十二指肠溃疡

例1. 张某某，男，21岁，工人。

初诊：1975年7月12日。胃部疼痛已3年。1972年春天开始，胃脘痛经常发作，发时服普鲁本辛、阿托品、胃疡宁等药能止痛。大便曾出现隐血（＋＋＋＋），到1974年12月又出现大便酱黑色，化验隐血（＋＋＋＋），经服维生素K、仙鹤草素、安络血等药而止。1975年5月作胃肠道钡剂造影示："十二指肠球部溃疡"。来诊时，胃脘疼痛每于食后2小时左右发作，灼痛难忍，并在夜晚痛醒史。纳呆，神疲，面色苍白，形体消瘦，嗳气吞酸，大便溏薄，每日2～3次，夜寐多梦，脉细弱，苔薄。检查：大便隐血（＋＋＋）。经络检查：中脘及右梁门有压痛，胃俞压痛拒按。此为脾胃运化失司，拟健脾和胃，宣络止痛。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、内关(双)、合谷(双)、三阴交(双)。

(2) 手法：平针法，捻转和提插相结合，得气后留针20分钟。

二诊：7月14日。胃脘疼痛较前好转，胃纳转馨，再守上方加减之。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、内关(双)、合谷

(双)、脾俞(双)、胃俞(双)、膈俞(双)。

(2) 手法：同前。

三诊：7月16日。胃部疼痛续有好转，胃纳较馨，大便每日1次，夜寐较酣，脉滑苔薄，再宗上法巩固之。

处方

(1) 取穴：足三里(双)、内关(双)、三阴交(双)、脾俞(双)、胃俞(双)、膈俞(双)。

(2) 手法：同前。

四诊：7月18日。胃脘部疼痛消失，胃纳增加，夜寐安宁，大便正常，面有华色，脉弦苔薄，守上方。

取穴、手法同前。

患者续又巩固治疗10次，胃脘疼痛未发，到9月中旬又作胃肠道钡剂造影示："十二指肠球部光整，无器质性病变。"

按：临床所见胃脘疼痛病者较多，但病因各异，治疗亦不相同。本例神疲纳呆，面色苍白无华，大便溏薄，属中宫虚空，胃失和降，脾不健运，针刺治疗一般疗效较好。手三里、足三里、合谷、内关等都是朱师常用之穴，此例在治疗中又加用背俞穴，脾俞、胃俞、膈俞，针治4次，疼痛即消失，大便亦正常。共治疗14次，溃疡愈合。

例2. 蔡某某，男，47岁，公社干部。

初诊：1971年12月5日。胃脘部胀痛已6年，四肢无力，面色黄，平时因工作较忙，饥饱失常，胃脘胀痛较剧。自1971年6月中旬开始，大便紫黑，化验隐血(＋＋＋＋)，当地医院诊断为"十二指肠球部溃疡"。来诊时检查：大便隐血(＋＋＋)。经络检查：中脘、下脘及右梁门、胃俞有压痛拒按。脉细苔薄，大便隐血一直未愈。此系脾土运化失司，气机阻塞，脾虚统摄无权，治拟健中和胃、疏络

止痛。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、上巨虚(双)、地机(双)、合谷(双)、上廉(双)、内关(双)。

(2) 手法：平针法，针刺得气后，留针20分钟。

七诊：12月17日。针治6次后，胃脘部胀痛已减，大便已转黄色，尚不成形，大便隐血化验：(痕迹)，胃纳渐馨，仍守上方出入。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、上巨虚(双)、地机(双)、合谷(双)、内关(双)。

(2) 手法：同前。

十四诊：1972年1月3日。胃脘部胀痛消失，大便颜色已转正常，但仍不成形。治拟健脾和胃为主。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、合谷(双)、水分(双)、阴陵泉(双)、脾俞(双)、胃俞(双)。

(2) 手法：同前。

十六诊：1月7日。针后大便已成形，余无不适，再继续巩固治疗。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、合谷(双)、水分(双)、阴陵泉(双)、脾俞(双)、胃俞(双)。

(2) 手法：同前。

按：此病者，症状除胃脘部胀痛外，还有大便隐血，不成形等。故治则与前例基本相同，中焦疏和，脉络畅达，血能自止，主要取胃经、脾经、大肠经穴。七诊后胃脘部胀痛已减，隐血基本消失，但大便仍不成形，故加水分、脾俞、胃俞健脾利水

而见效。共治疗十六次，症状痊愈。1975年随访，患者精神振奋，体重增加，病未复发。

本溃疡病可归属于祖国医学胃痛范畴，可与前陆瘦燕医案中“胃痛”案例及讨论互参。

慢性结肠炎

罗某某,男,48岁,军人,门诊号:062260。

初诊:1981年6月6日。胃部气闷作胀,不能坐下将近1月。4月初因去沿海地区出差,多吃海鲜,出现便血,未加治疗。返沪途中自觉胃部不舒,大便日行3次,左少腹部疼痛。回厂后,医务室给服黄连素片,但未能控制。因患者白细胞较低(3 900/立方毫米),不能用氯霉素等抗生素治疗,转至龙华医院内科,服用中药14帖,但仍无效,转来针灸。来诊时,患者腹痛,大便杂粘冻,日行2~3次,胃脘胀闷嗳气,脉沉滑,舌苔白腻。此湿滞脾胃,复因多食海鲜油腻之物,再加乘船受凉,寒湿夹食,阻滞气机,传导之官失司而成本病。拟温中化湿,理气逐秽为法,针药兼施。

处方

1. 针灸

(1) 取穴:关元、天枢、合谷(双)、太冲(双)、脾俞(双)、胃俞(双)。

(2) 手法:平针法,关元加用温针,留针20分钟。

2. 中药

炒苍术9克,焦米仁9克,焦茅术9克,青陈皮各9克,延胡索9克,川楝子9克,当归9克,苏梗9克,台乌药9克,香连丸(分吞)4.5克,赤苓9克,泽泻12克,牛膝12克,生草6克。5剂。

三诊：6月10日。

针后脘腹闷胀稍舒，嗳气仍多，大便日行1次，黏液减少，脉沉滑，舌苔白根腻。阳明湿浊仍盛，再守上治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：上方加中脘、地机(双)。

(2) 手法：同上。

2. 中药

苍术9克，茅术9克，米仁9克，木香5克，台乌药9克，川楝子9克，陈皮5克，路路通9克，砂仁(后入)5克，旋覆花9克，代赭石30克，香连丸(分吞)4.5克。7剂。

六诊：6月16日。脘宇闷胀减少，大便日行1次，黏冻少许，头昏如蒙，多汗耳鸣，两肩关节酸痛，脉沉滑，舌苔白腻。湿浊内伤，上扰清空，侵犯表卫，脉络闭阻，再拟化浊顺气宣络为治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：公孙(双)、内关(双)、地机(双)、足三里(双)、中脘、气海、天枢(双)、脾俞(双)、胃俞(双)、三焦俞(双)。

(2) 手法：同前，中脘、气海加用温针，留针20分钟，背部穴不留针。

2. 中药

炒茅术9克，炒苍术9克，木香4.5克，台乌药9克，降香3克，川楝子9克，桂枝9克，干姜3克，淡附片9克，陈皮6克，泽泻9克，赤白苓各9克，车前子(包)15克。7剂。

九诊：6月22日。6月18日作结肠镜检查示："降结肠黏膜充血、水肿，血管紊乱，结肠袋消失"，诊断为"慢性结肠炎"。

针后嗳气、矢气增多，胀气明显减少，脘腹转舒，胃纳增加，两耳鸣响好转，但仍汗多怕冷，再守上方出入。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：上方加上巨虚(双)、天枢(双)、外陵(双)、水道(双)、大巨(双)。

(2) 手法：同上。

2. 中药

炒苍术9克，炒茅术9克，制半夏9克，炒枳壳6克，台乌药9克，川楝子9克，桂枝9克，干姜3克，附片9克，黄柏9克，陈皮6克，车前子15克，泽泻9克，生草9克。7剂。

十一诊：6月26日。针药以来，矢气增多，大便已正常，脘腹胀气已舒松，胃纳转馨，冷汗已无，但今天上午左腹部又感疼痛，脉苔如上，守前治。

处方

(1) 取穴：手三里(双)、足三里(双)、上巨虚(双)、地机(双)、内关(双)、中脘、气海、天枢(双)、外陵(双)、水道(双)。

(2) 手法：同上，腹部穴加用温针。

十三诊：6月30日。针药以来，诸症明显好转，大便每日1次，无黏冻，无胀气，无不适感，胃口增加，精神良好，脉滑，苔薄白，再守上方投治。

处方

1. 针灸

取穴、手法同上。

2. 中药

炒茅术9克，制半夏9克，炒枳壳6克，木香4.5克，台乌药9克，川楝子9克，桂枝9克，干姜6克，附片9克，泽泻9克，赤白苓各9克，黄柏4.5克，车前子(包)15克。7剂。

十四诊：7月2日。诸恙已失，脉苔如上，续巩固之。

处方

（1）取穴：手三里（双）、足三里（双）、内关（双）、地机（双）、中脘、天枢（双）、气海、外陵（双）、大巨（双）。

（2）手法：同上。

按：慢性结肠炎，其主要症状表现为腹痛、腹泻以及粪便中夹血、脓、黏液等物，类属于祖国医学中“肠澼”、“注下”、“下利”、“滞下”、“痢疾”等证候，并与各种腹泻症概称为“泄”。《素问·太阴阳明论篇》：“食饮不节，起居不时者阴受之。阴受之则入五脏，入五脏则䐜满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。”这种由饮食不节，起居不时，饮食与感染因素引起的急性腹泻，以后转变为慢性腹泻的载述，与本病的发病原因及过程类似。《素问·至真要大论篇》中则称“注下”，《金匮要略》中则称“下利”，“利”与“痢”通，故后代文献又称为“痢疾”，其有“下迫后重”之腹痛症状，粪少而黏滞，故宋代文献又称为“滞下”。其急性者，多兼脓血，可伴有发热，其病因金刘完素指出：“大抵从风湿热论。”其慢性者，间发而久不愈，粪中多兼白色黏液，其因多属肝郁气滞，脾虚寒湿稽留而致，故前者亦称“热痢”，后者又名“冷痢”。本例病者当属“冷痢”范围，朱师针对病因，拟从温中化湿，理气逐秽立法，取关元小肠之募，加用温针，以起温复元阳，釜底助薪之功；用天枢大肠募以逐秽通肠；用合谷、太冲开四关以疏肝理气；取脾俞、胃俞以健脾和胃，引导清阳之气上升，浊阴之气下降，故诊后症情日减。6月16日诊时见头昏如蒙，多汗，耳鸣，关节酸痛，苔显白腻，朱师辨为湿浊上扰，侵犯表卫。故加用公孙、内关以宽胸利膈；佐地机脾郄以化湿利水；用足三里、中脘和胃畅中；加三焦俞以运行三焦决渎之官，使水液之输布，谷物之传化得能各走其道。理法分明，施治得当，故此沉痼之疾，得获治愈。

胃黏膜脱垂症

周某某，女，52岁，外交官。

胃脘疼痛，胀满不适，食煎炸之品及冷饮后更甚，胃镜检查为胃溃疡及胃黏膜脱垂，药物治疗未效，前来针灸调治。此中州气滞，脾胃不和之证，拟和胃理气为治。

处方

(1) 针穴：内关(双)、足三里(双)、公孙(双)。

手法：平针法，留针20分钟。

(2) 灸穴：① 上脘、中脘，② 下脘、气海，③ 脾俞(双)，④ 胃俞(双)，⑤ 足三里(双)。

灸法：每次用1组穴，先针刺，后灸治，每穴隔饼灸5～7壮。

治疗经过

隔天治疗1次，5次1轮为1疗程，共灸治3个疗程，症状减轻，即使食煎炸之品及冷饮后，胃部也不疼痛。2年后回国复查，胃黏膜已全部复原。

按：胃黏膜脱垂症是胃壁黏膜因异常松弛，而向上进入食道或向下脱入十二指肠球部所致的疾病。临床上以后者为常见，故概称为“脱垂”，常伴随胃及十二指肠的炎症或溃疡发生。据其临床症状，可归属于祖国医学“胀满”或“胃脘痛”范畴。本例病者，朱师辨为中州气滞，脾胃不和。盖人以气为主，宋代医家杨士瀛指出：“(气)一息不运则机缄穷，一毫不

续则穹壤判。阴阳之所以升降者气也，血脉之所以流行者亦气也，荣卫之所以转运者气也，五脏六腑之所以相养相生者亦此气也。”中州气滞，则必然导致脾胃不和，若胃腑之通降失宜，脾脏之健运失司，则必导致食滞中焦，血瘀脏腑，胀满疼痛之症由此而作。朱师用针法以开导之，灸法以温暖之，遵先贤孙真人之教诲，刺灸兼施，双管齐下。刺内关、公孙，调阴维冲脉，疏胃心胸之气机；配足三里胃合，统是和胃之穴。灸上脘、中脘、下脘，温胃腑之阳气，以利通降之职；配灸脾俞、胃俞、足三里，均是调治脾胃之穴；再灸气海为元气发生之海，是釜底添薪之意。故针灸 15 次后症情减轻而获痊治。

尿　　血

E某某，男，12岁，学生。

初诊：1975年11月21日。血尿已1年半，1974年7月感觉头晕，腹部酸痛，到某某医院求诊，小便化验：红血球（＋＋＋）。服中药3月，复查小便为红血球（＋＋），以症状未减而停药，转来针灸治疗。当时小便中红血球（＋＋），便意频数，颜色淡红，头晕腰酸，面色㿠白，形体消瘦，脉细，舌质淡苔薄。患儿平素好跑动、喜跳，伤气损络，营血外溢，治拟温气摄血，灸治观察之。

处方

（1）灸穴：血愁、命门。

（2）治法：以上2穴，每次灸1穴，间日1次，先上后下，艾炷麦粒大，每穴每次灸5壮，每穴灸3次，共6次为一个疗程。第一疗程后，休息1周，再灸第二疗程，方法同上。

该患儿第一疗程结束后，小便化验为红血球4～6，白血球0～2。第二疗程第二轮灸完时，小便化验红血球已无，再灸一轮以巩固疗效。停治后1月复查小便，红白血球未找到，随访1年未发。

按：尿血在临床上有虚实两类，实者多属暴起，尿血鲜红，尿道有热涩感觉，即五淋中之血淋；虚者多属久病，尿血淡红而无热涩之感。在治疗上前者以清热泻火、滋阴凉血为主，后者应以温复督阳、补气固摄为主。

本例患者小便频数、颜色淡红、无热涩感，头晕腰酸，面色苍白，形体消瘦，病程已有一年半，当以虚证处理之。取督脉之命门穴，用艾灸法以温补督阳、固摄下元，气温则能摄血，血受摄则尿血自止矣。

其中血愁一穴为经外奇穴，主治一切血证，位置在第二腰椎棘突上，也在督脉经分野，督脉统摄全身阳气，故血愁穴与命门穴同用，能起相辅相成的功用。

遗　　尿

例 1. 李某某，男，7 岁。

初诊：1976 年 1 月 9 日。每夜遗尿 3～4 次，自小至今，面色苍白，形体消瘦，大便时有溏薄，此肾气不足，脾阳不振，治拟益肾健中。

处方

(1) 取穴：关元、中极、足三里(双)、三阴交(双)。

(2) 手法：平针法，捻转和提插相结合，得气后留针 20 分钟。

三诊：1 月 12 日。针后夜间遗尿次数减少，继续针治。

处方

(1) 取穴：三阴交(双)、足三里(双)、关元、中极。

(2) 手法：同前。

五诊：1 月 20 日。续针 4 次后，遗尿较前好转，唤之能醒，但夜间有惊呼现象，再宗上法加减之。

处方

(1) 取穴：三阴交(双)、气海、中极、水沟。

(2) 手法：同前。

七诊：1 月 25 日。夜间小便次数明显减少，能觉醒自唤，惊呼现象消失，宗上方巩固之。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：三阴交(双)、足三里(双)、关元、中极、水沟。

(2) 手法：同前。

2. 中药

黄芪片 200 片，每日 2 次，每次 3 片。

后又续针 4 次，患儿能睡到天亮不小便，如晚饭后多饮水，也能觉醒呼唤。

按：遗尿一证多见于小儿，凡年满 3 足岁以上的儿童，夜间发生遗床，即为病态，轻者隔数夜遗尿一次，重者可一夜遗尿数次。病情较重不及时治疗者，可延长病期，甚至到成年。朱师认为《素问·灵兰秘典论篇》说："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。"因此，小便之所以能维持正常的排泄，有赖于膀胱与三焦功能的健全，而三焦的气化，上焦以肺为主，中焦以脾为主，下焦以肾为主，故遗尿不禁，又与肺、脾、肾三脏有关。

本例患儿自小遗尿至今，面色苍白，形体消瘦，属脾肾不足。关元是足三阴经与任脉的交会穴，三阴交是足三阴经的交会穴，取此二穴以补益肾气，加用气海、中极以调整气化，患儿夜间惊呼，加水沟以醒脑宁神。共针治 11 次而痊愈。

例 2. 缪某某，男，16 岁，学生。

初诊：1976 年 9 月 22 日。夜尿 10 年余，自幼小便频数，每夜遗尿 1～2 次，唤之意识模糊，经各处针药治疗，疗效未显。于 1972 年 12 月曾到某某医院摄片检查示："隐性脊柱裂(腰骶部)。"

诊得患儿面色萎黄，四肢怕冷，小便清淡，发育较差，脉细尺弱，舌苔薄白、尖红。此禀赋不足，肾气虚弱，试拟培本扶元，益肾固脬，针药并施之法。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：关元、中极、水沟、三阴交(双)、上髎(双)、次髎

（双）。

（2）手法：平针法，得气后留针20分钟，间隔10分钟运针1次，上髎、次髎针刺得气后不留针。

2. 中药

太子参9克，炒白术9克，云茯苓9克，五味子5克，杭白芍9克，全当归9克，覆盆子9克，补骨脂9克，炙甘草6克。5剂。

四诊：9月29日。3次治疗后，夜间呼唤易醒，仍有少量小便遗床，守上方投治。

处方

1. 针灸

（1）取穴：关元、中极、三阴交（双）、水沟、上髎（双）、次髎（双）。

（2）手法：同前。

2. 中药

太子参9克，炒白术9克，云茯苓9克，五味子5克，杭白芍9克，全当归9克，覆盆子9克，补骨脂9克，炙甘草6克。7剂。

十五诊：10月23日。针药同治以来，夜间有时仍有少量遗尿，但有时能控制，呼唤时易醒，仍守原治。

处方

1. 针灸

取穴、手法同前。

2. 中药

上方。7剂。

三十诊：11月28日。治疗以来，面色红润，食量大增，体重增加，小便能自控，再守上方巩固疗效。

处方

1. 针灸

取穴、手法同前。

2. 中药

上方。7剂。

四十诊：12月20日。上星期因考试复习比较紧张，又有一次少量遗床。四肢怕冷好转，脉转有力，舌苔薄白，守原方。

处方

1. 针灸

（1）取穴：关元、中极、三阴交（双）、肾俞（双）、上髎（双）。

（2）手法：平针法，得气后留针15分钟。

2. 中药

上方。

四十七诊：1977年3月14日。最近一直未遗床，面色红润，精神饱满，再巩固疗效。

处方

1. 针灸

（1）取穴：关元、中极、三阴交（双）、上髎（双）不留针、次髎（双）不留针。

（2）手法：平针法，得气后留针15分钟。

2. 中药

党参9克，覆盆子9克，补骨脂9克，菟丝子9克，炒白术芍各9克，云茯苓9克，五味子5克，炙草6克，红枣5枚。7剂。

按："脊柱裂"为现代医学病名，是椎管背侧的先天性闭合不全，按程度轻重可分为隐性脊柱裂、脊膜膨出和脊膜脊髓膨出。隐性脊柱裂多数无临床症状，少数有局部毛发增生、色素沉着或脂肪瘤，可有局部酸痛、不适感，个别病人的马尾神经粘着于骶骨或有异常纤维脂肪组织伸入椎管内，随着年龄

增长，脊髓上移，这部分神经受到牵拉或压迫而出现功能障碍。夜间遗尿则是马尾神经轻度受损，括约肌功能障碍的一种临床表现。现代医学缺乏有效疗法。

腰、骶椎位属督脉及八髎部，督脉与任脉同起于胞中，在尾骨端与足少阴、足太阳脉气会合，同贯脊柱，外出归属于肾脏。朱师取上髎、次髎二穴以疏通膀胱经气，促使脊柱裂症状缓解，取气海、关元、中极、三阴交以补肾益气，加水沟以清脑宁神。经针刺、中药并投共治疗 47 次，症状痊愈，随访 5 个多月，未遗床，取得满意效果。

慢性尿路感染

仇某某，女，32岁，工人。

初诊：1981年5月19日。小便频急，尿时刺痛1年多。1980年6月17日开始小便次数增多，且急而刺痛，伴有腰部酸楚。即至某某医院诊治，诊断为“尿路感染”，服“呋喃坦丁”等药3天，并服中药2月余，未见好转。转至某某医院治疗，小便尿常规检查：红血球＋，白血球＋＋，诊断同上。服强力霉素、TMP、呋喃坦丁、四环素等，疗效亦不明显；又转某某医院求诊，诊断与用药相仿，治疗仍无效。又服中药半年左右，症状稍见减轻，但仍腰间酸楚，晚上小便频数而刺痛，转来我院针灸治疗。诊得症状如上，兼有精神委顿，胃纳呆滞，形体瘦削，夜寐不宁，脉细弦滑，两尺均弱，舌苔薄白尖有红刺，根部现滤泡。湿热下注，留滞州都，久病而脾肾两亏之证。拟清热利湿，补肾宣络为治。

处方

(1) 取穴：① 阴谷(双)＋、阴陵泉(双)－、复溜(双)＋、中极－、气海＋；② 肾俞(双)＋、上髎(双)－、次髎(双)－。

(2) 手法：提插结合捻转补泻，得气为度，第1组穴留针20分钟，第二组穴不留针。

十二诊：6月16日。针治后，腰部酸楚、尿急尿痛均见明显轻减，精神较振，纳谷转馨，舌尖红刺已退，根部滤泡尚存，守上方出入。

处方

(1) 取穴：① 三阴(双)交一、阴陵泉(双)一、阴谷(双)＋、气海＋、中极一；② 肾俞(双)＋、志室(双)＋、上髎(双)一、次髎(双)一。

(2) 手法：提插结合捻转补泻，得气为度，① 方穴留针15～20分钟。② 方穴不留针。

十六诊：7月11日。针刺15次后，各症状均已消失，夜寐较酣，胃纳亦馨，精神健旺，体重增加，续巩固之。

处方

(1) 取穴：① 足三里(双)＋、三阴交(双)＋、关元＋、气海＋；② 肾俞(双)＋、命门＋、上髎(双)一、次髎(双)一。

(2) 手法：同前。

7月11日后又针治4次，以巩固疗效。半年后随访未发。

按：尿路感染即包括肾盂、输尿管、膀胱、尿道等感染细菌后(又称泌尿道感染)，使泌尿道引起炎症的病变。女性的发病率较高，有急、慢性之分，急性较易治疗，如急性期未治愈者，延时半年以上成为慢性。

祖国医学根据其尿频、尿涩痛的症状，可归属于淋证范围，认为由于湿热下注膀胱而致。如《诸病源候论》说："诸淋者，由于肾虚而膀胱热故也，膀胱与肾为表里，俱主水……肾虚则小便数，膀胱热则下水涩，数而且涩，则淋沥不宣，故谓之为淋。"

患者病经一年多，腰酸尿频而消瘦神疲，是肾亏之候，尿时涩痛，是湿热未清之兆。朱师用针刺治疗，泻阴陵泉、中极、上髎、次髎利尿清热；补复溜、阴谷、肾俞、气海、关元、命门强肾以利气化。经治20次而愈。朱师在临床上治疗急性尿感症，一般数次即愈，本例已延成慢性，且久治不愈，已成痼疾，得能痊治，已属幸事，费时二月，当在所不计也。

面神经麻痹

例1. 杨某某，男，43岁，干部。

初诊：1974年12月4日。左耳后疼痛3～4天后，出现左面肌瘫痪麻木，迄今10天。经医务室针治4次，未见显效，转来我院。当时左侧额纹消失，眼裂增宽，鼻唇沟平坦，口角下垂流涎，不能鼓气，咀嚼食物滞留颊部，无高血压史。脉浮滑，舌苔薄白。此因风寒侵袭，首面脉络阻滞，经筋失养，治拟宣络和营。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：下关(左)、太阳(左)、阳白透鱼腰(左)、攒竹(左)、四白(左)、迎香透地仓(左)、地仓透颊车(左)。

(2) 手法：平针法，针尾加电，留针20分钟。

2. 中药

桂枝9克，白芍9克，当归9克，羌活6克，僵蚕9克，红花5克，地龙12克，蝎蜈片(分吞)10片，川芎茶调散(包煎)12克，苦丁茶9克，桔梗9克。

上药服2剂后，药渣煎汤熏患部，熏后用热毛巾自左口角向耳眼部推擦。

四诊：12月7日。针药后，口角流涎较前好转，咽部感觉干燥，续守上方出入。

处方

1. 针灸

取、手法：同前。

2. 中药

上方加黄芩9克，射干9克，7剂。

七诊：12月11日。针后左眼能交睫，流泪减少，口角无流涎，食物无残渣存颊，仍守上治。（上药服完后，停服中药）

取穴、手法同上。

十九诊：12月30日。皱眉渐有额纹，鼻唇沟稍深，能作鼓气动作。自10次连续治疗后，间日治疗1次。

处方

（1）取穴：地仓（左）、下关（左）、颧髎（左）。

（2）手法：同前。

二十三诊：1975年1月12日。口眼已无歪斜现象，左唇微感牵板，再拟针刺以巩固疗效。

处方

（1）取穴：下关（左）、颊车（左）、四白（左）、巨髎透地仓（左）。

（2）手法：同前。

二十八诊：1月24日。左唇牵板好转，诸症痊愈，嘱停止治疗，恢复全日工作。

例2. 石某某，女，54岁，江西省干部。

初诊：1976年8月7日。右面瘫已12年，面部阵发性抽掣。1964年8月，先有右耳后疼痛，相隔5天左右，右面肌出现瘫痪，经当地医院针灸，服中、西药物治疗，疗效不显，又挑刺，外敷斑蝥、白芥子研末贴穴，口歪稍为好转，额纹、鼻唇沟稍现，但右眼仍不能闭合，仍易流泪，又内服中药100多剂，效果亦不明显。以后发展至面肌抽搐，扳紧，久治无效，转来我处治疗。诊见右侧额纹、鼻唇沟表浅，口角低下，眼裂缩小闭

合不全，颊肌鼓气困难，胃纳尚可，脉来弦滑，舌苔薄腻。风邪袭于阳明之络，气血痹阻，积久不愈，转为脉枯，此痼疾也。姑对症缓图之。

处方

1. 针灸

（1）取穴：① 下关（右）、瞳子髎（右）、阳白透鱼腰（右）、四白透睛明（右）、迎香透地仓（右）、地仓透颊车（右）、翳风（右）；② 下关（右）、太阳（右）、风池（右）、攒竹透睛明（右）、鼻穿透巨髎（右）、地仓透颊车（右）、颧髎透地仓（右）。

（2）手法：上 2 组穴轮刺，每日 1 组，平针法，针尾加电，留针 30 分钟。

2. 中药熏洗方

桂枝 9 克，川草乌各 9 克，羌活 9 克，当归 12 克，红花 6 克，川芎 9 克，鸡血藤 9 克，海风藤 30 克。5 剂。

上方浓煎约小半面盆加黄酒 50 克熏患部，每日早晚各 1 次，每次 20 分钟，熏后用药汤热毛巾擦患部皮肤。

上方连续治疗 20 次，面肌瘫痪及抽掣较为好转，无流泪现象，额纹亦较深。继续间日治疗 12 次，右眼睑已能交合，额纹已深，口㖞明显好转，但仍间有肉瞤。熏洗法停用，继续间日针刺治疗 12 次，右额纹、右鼻唇沟均现正常，面部肉瞤消失，各症状基本好转。

例 3. 陈某某，男，34 岁，工人。

初诊：1977 年 1 月 29 日。左面肌板滞，口歪 2 天。2 天前做夜班劳累、受凉，左耳后开始疼痛，继发左面肌瘫痪，口向右㖞斜，左眼不能闭合，食物残渣存留左颊，口角流涎。脉浮紧，舌苔薄白。无身热现象，无高血压史。拟针刺、药汤热熏并进以疏风宣络。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：下关(左)、颊车(左)、瞳子髎(左)、阳白(左)、攒竹(左)、四白(左)、地仓(左)、翳风(左)、鼻穿透巨髎(左)。

(2) 手法：平针法，留针20分钟，针尾加电。

2. 中药

熏洗方同前例。

八诊：2月7日。连续针治7次，左面板滞渐次减退，口角流涎好转，鼻唇沟稍现，额纹浅见，眼裂缩小，守原方间日治疗。

取穴、手法及中药熏洗方均同上。

十四诊：2月24日。隔天治疗6次后，各症已基本消失，因春节将临，乃嘱其停针在家休息，每天用热毛巾揩擦患部1次。春节后来诊，已完全恢复。

按：现代医学认为"面神经麻痹"有中枢性和周围性两类。中枢性面神经麻痹可因脑血管疾患和脑肿瘤等引起。本三例均属周围性面神经麻痹，祖国医学认为系风寒之邪侵袭面部经络所致，治疗以局部取穴疏经通络为主，再配合中药内服和熏洗，疗效较好。

以上三例中，第一、第三两例经治痊愈，第二例好转。第一例治疗28次，第二例治疗44次，第三例治疗14次。三例中治疗次数最多的相反没有痊愈。这是由于此面瘫经脉痹阻已久，气血衰枯，加之患者年逾七七，肾气衰而气血弱，故治疗效果不理想。

朱师认为：① 面神经麻痹初起时只感到耳后疼痛，面部稍有牵板，口眼歪斜逐步发展，要过1周左右才能固定下来。② 起病后必须抓紧治疗，开始时要每日连续治疗，待症状减轻后，方可间日施治。③ 病人开始治疗时要绝对休息，注意避

风，少用目力，否则拖延病期。

陆师与朱师虽治疗面瘫的原则相同，但在具体用穴，手法和中药辅治方面各有心得，为此并收以供读者参考。

面神经痉挛

沈某某，男，70岁，退休工人。

初诊：1981年5月21日。右侧面肌抽搐已3年。3年前因与小孩争吵，自觉右面肌肉抽跳，到某医院针刺治疗20多次，未见显效。继则到本院针灸治疗20多次，穴位注射胎盘组织液10多次，效果仍不显著。又用颈丛刺30次，针后稍有好转，停针后又复发，且较剧，再用头针治疗1年多，开始时稍有好转，但停针半年许，复发如旧。辗转3年，到处求医，而未能获治。来诊时，因多吃香蕉等水果，呃逆发作。

诊得患者素有大便溏薄（日行3～4次）及高血压史（最高26.6/14.6 kPa即200/110 mmHg）。当时测得血压23.9/13.3 kPa(180/100 mmHg)，脉弦滑舌苔白腻。证系高年肾虚，肝失滋荣，厥阴风木之气横逆窜扰阳明颊筋，乘侮脾土，而致脾胃失和，中土不运，气火上冲，而呃逆作矣。治拟泄木滋阴，和中宣络，以观后效。

处方

(1) 取穴：太冲（双）－、复溜（双）＋、太白（双）＋、地机（双）＋、合谷（双）－。

(2) 手法：捻转补泻，留针15～20分钟。

复诊：5月28日。针后，面部抽掣较轻，守前治。

取穴、手法：同前。

三诊：5月30日。右面颊自觉松弛，痉挛次数也减少，续

守上治。

取穴、手法：同前。

五诊：6 月 2 日～4 日。四诊以后，大便已成形，每日 1 次，面肌痉挛亦已减少、减轻。前晚饮白酒后，昨晨呃逆又起，宗前方加减。

处方

(1) 取穴：上方加气海＋、气冲(双)－。

(2) 手法：同前。

八诊：6 月 12 日。面肌痉挛已明显减轻、大便已正常，呃逆已平，唯后脑部感疼痛。脉细弦，舌苔白腻。

处方

(1) 取穴：上方加丰隆(双)－、金门(双)－。

(2) 手法：同前。

十一诊：6 月 18 日。又针治 3 次，诸恙均已消失。

按：面神经痉挛目前病因还不清楚，按其见症面肌抽搐，好发于中老年。符合祖国医学“诸风掉眩，皆属于肝”的认识。本例患者已属古稀、肾气已衰，肝阳偏亢，又因郁怒伤肝，引动厥阴风木之气上炎，横侮脾土，以致土德不彰，健运失宜，而便下溏薄，再加多食生冷，胃家气火为寒食裹遏，欲降不降，冲逆而上遂致呃逆频作。朱师审证求因，不治颊筋而治肝、脾、肾三经。泻太冲以平肝熄风；补复溜以滋水涵木；补太白、地机以和中运土；泻合谷疏通阳明经气。五诊以后，疗效大著，计十一诊而诸恙悉除，此敢破前医治标之法而专治其本之验案，足证前贤“治病必求其本”之说。

三叉神经痛

例1. 任某某，女，40岁，徐汇区邮电局职工。

初诊：1981年1月3日。右面颊抽痛复发半月，左侧耳前疼痛1星期，不能高声讲话，右面颊疼痛已经6年多，经常发作，每于受凉或进冷热饮食均能触发，针刺能收近效，但1～2个月后又发，缠绵至今，由于右面疼痛，咀嚼经常用左齿，故近1周来左颞颌关节也作疼痛，不能咀嚼食物，口不能开合，夜不能寐，以致精神委顿，形体消瘦，痛苦万状。脉弦细，舌边红苔薄。此肝胆气火，窜扰阳明之经，气机受阻而致，治拟滋阴降火，疏导颊经为主。

处方

(1) 取穴：三阴交(双)+、太冲(双)-、上巨虚(双)-、合谷(双)-、外关(双)-。

(2) 手法：捻转补泻，留针30分钟，每隔10分钟转针1次。

三诊：1月8日。二次针后，左侧颞颌关节疼痛明显好转，口能开合咀嚼。右侧面颊痛入夜尤甚，纳呆、神疲，脉细弦，苔白腻。拟宣络和营，宗上方出入。

处方

(1) 取穴：太冲(双)-、复溜(双)+、上巨虚(双)-、足三里(双)-、合谷(双)-、外关(双)-。

(2) 手法：同前。

六诊：1 月 15 日。左侧下颌关节疼痛已基本消失，右侧面颊痛自五诊后亦明显减轻，开口自如，胃纳转馨，精神振作，脉弦转静，舌苔薄白。再拟上方投治，冀巩固疗效。

处方

(1) 取穴：太冲(双)－、三阴交(双)＋、上巨虚(双)＋、足三里(双)＋、合谷(双)－、外关(双)－。

(2) 手法：同上。

七诊：1 月 17 日。两侧面部疼痛均已消失，续守原方，嘱停针观察。

取穴、手法：均同上。

此例患者 6 年多来经常反复发作，其他医师曾用局部透刺法、局部直刺法治疗，相隔最多 2～3 个月即发。此次经治 7 次而痛止，于同年 10 月随访，未曾再发。

例 2. 胡某某，男，83 岁，台胞。

初诊：1988 年 6 月 13 日。右半面抽痛已 8～9 年，患者退休后在家写自传，将脱稿成书时，右半面突发作抽痛，曾在台湾针灸治疗数月，并用止痛西药治疗，均未能痊愈。服"癫通"5 年，并服维生素 E、合利他命、鱼腥草等药，初始有效，几个月后即失效。曾作脑电图检查示："后脑血管硬化，血流不畅。"平时抽痛发作，每日多至数十次，常有头眩、恶心、呕吐等症状。脉弦滑，两尺细弱，舌苔黄腻质绛，血压 18.6/10.6 kPa (140/80 mmHg)。此系高龄，肾水不足，木失滋涵，虚火上炎，窜扰阳明颊筋而致。拟益肾平肝，潜阳宣络为治。

处方

(1) 取穴：复溜(双)＋、大钟(双)＋、丰隆(双)－、足临泣(双)－、丘墟(双)－、上巨虚(双)－、合谷(双)－。

(2) 手法：捻转补泻，留针 30 分钟，针尾加电。

二～三诊：6 月 14 日～15 日。连续治疗 3 次，疼痛明显

好转。又连续治疗 5 次，症状基本消失，但有牙龈肿腐，故针药并用之。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：同上方加三阴交(双)。

(2) 手法：同前。

2. 中药

羚羊角粉每日晚临睡时服 0.3 克，开水送下。锡类散外敷牙龈肿腐处。

十二诊：7 月 2 日。共治 11 次，诸症消失，牙龈腐肿亦好转，血压 16～10 kPa(120/75 mmHg)。

至 7 月 6 日。共治 15 次，三叉神经痛已愈，牙龈肿腐亦好转。患者精神振奋，感谢握别回台湾。

按：三叉神经属第 5 对颅神经，分布于面部，其发作疼痛的病因目前尚不明白，发病多在 40 岁以后，女性多于男性。其疼痛常为阵发性短暂抽痛，可反复出现，经年累月不愈。祖国医学据其疼痛的症状，以《素问》病机十九条判断，则认为"诸痛痒疮皆属于火"。是火邪窜扰面部经络，经气失于宣通而致。又据经络理论分析，面颊为阳明之分野，前人有"面痛者属胃"之论。故三叉神经痛发病，在经络为手足阳明，在病因为火邪冲逆。朱师治此标本兼顾，取肝、胆二经穴泻之以清肝木之火；用手足阳明之穴，以疏泄颊经气血；补足少阴经复溜、大钟及足太阴经三阴交等滋阴以降火，标本同治，故而疗效卓越。而其不取面颊部穴而专取四肢穴的独特经验，犹足为读者师法。

癫　痫

季某某，男，6岁。

初诊：1976年1月21日。癫痫已经3年。出生8个月和2周岁时，曾有跌仆史，均头部碰痛。在2周岁半及3周岁半时，有高热抽搐史。1973年初冬(刚满4周岁时)，第1次发作时口流涎水，嘴向左牵，不能说话，神志昏迷，手足轻度抽搐，持续约1～2分钟。1975年上半年发病转频，有时1周发1～2次，有时1天发2～3次，多数在凌晨四五点钟发作，病后清醒如常。1975年7月17日去某某医院脑电图检查示："右半球尤以右颞、右额中央、右中央部有多量高电位负棘波、双相棘波发放，过度换气中，痫样放电增多。"诊断为"继发性癫痫，右颞中央癫痫波偏胜"。1975年7月19日去另一医院诊疗，同意以上诊断，用健脑片、安定、苯妥英钠等药后，发作次数未减，近半年来每天早晨均有发作，转来针灸。

患儿形体肥胖，平时喜食厚味，脉弦滑，舌苔白滑。此痰浊内聚，脏腑失调，厥气挟风，卒逆窍络，蒙昧精神，而致是证。拟醒脑宣络，豁痰开窍。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：百会、四神聪、风府、天柱(双)、风池(双)、丰隆(双)。

(2) 手法：平针法，得气后留针15分钟。

2. 中药

(1) 白金丸1.5克×10,每日晨晚各服1.5克。

(2) 葛根9克,菖蒲9克,5剂煎汤代茶送上药。

四诊:1月28日。针后早上停止发作,但黏痰犹盛,嘱少食肉类、脂肪食物,仍宗原治。

处方:取穴、中药同前方。

五诊:2月9日。近10天来家长带病儿回原籍(外地农村),据述多食油腻,多玩疲劳,于2月5日、8日、9日凌晨又连续发作,发作时间约1分钟左右,口多涎沫,口角牵掣,神志昏迷,再拟豁痰开窍,醒脑为治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴:神庭、百会、四神聪、风府、天柱(双)、风池(双)、丰隆(双)。

(2) 手法:同前。

2. 中药

(1) 白金丸1.5克×10,每日晨晚各服1.5克。

(2) 菖蒲9克,葛根9克,陈皮6克,5剂煎汤代茶送上药。

(3) 鲜竹沥5支,每天1支温水送服。

十诊:2月20日。于13日晨又发作1次,至今未发过。守上方加减。

处方

1. 针灸

(1) 取穴:神庭、百会、四神聪、风府、天柱(双)、风池(双)、丰隆(双)。

(2) 手法:同前。

2. 中药

礞石滚痰丸,每日晨晚各服1.5克,温水送下。

二十诊：3月10日。癫痫至今未发，涎痰已少，饮食二便均见正常，西药在稳定情况下逐步减少，仍守原治。

处方：针灸、中药同前。

三十二诊：4月12日。4月10日晨及11日夜各发作1次，但症状减轻，发作时间缩短。西药已减少到每日1次维持量，再从豁痰，醒脑为治。

处方：针灸、中药同前。

四十二诊：5月15日。最近1个多月来未发作，症情初步稳定，停服西药，仍守上治。

处方：针灸、中药同前。

嘱患儿以后每周门诊治疗1～2次，巩固疗效。直至1976年12月7日，癫痫一直未发。共治70多次，嘱其停止治疗，随访1年多未发。

按：癫痫一证，卒然晕倒，目瞪流涎，手足抽搦，状似厥证。故《素问·大奇论篇》中称为"痫厥"，考其原因，先贤之说不外乎痰、火、惊三因。本例患者形体胖硕，嗜食肥腻，痰浊内盛之质，加之幼时曾有摔跌受惊、高热动风等病史，是以痰、火、惊三者杂集。明代医家楼英曾云："痰在膈间，则眩微不仆，痰在膈上，则眩甚仆倒而不知人。"患儿痰热之邪，攻迫膈上心窍，壅闭脉道，故而突然昏仆，发为斯疾。朱师针对病因，拟醒脑宣络、豁痰开窍为治，取丰隆、神庭豁痰开窍，其余头部穴位均为醒脑宣络，再辅以中药，其治70多次而愈。

朱师认为儿童患本病者除痰、火、惊三者外，少有情志因素掺杂。如病期较短，一般多能治愈。成人须从辨证施治，另配取四肢穴位。在治疗过程中，忌食牛、羊肉类和脂肪等物，要注意劳逸结合。

雷诺病

倪某某，男，54岁，工人。

初诊：1962年3月4日。

四肢末端皮肤苍白、发紫、麻木，已历2年。1960年冬天开始发现四肢末端皮肤苍白，继则青紫、麻木。大便稀薄，日行2～3次，当时在农村工作，经当地医院治疗，未见减轻。1961年冬天发展到两上肢前臂麻木，四肢末梢失去知觉。1962年春天到上海市某某医院就诊，经内外科检查，诊断为“雷诺氏病”，无特效药物治疗，转针灸科门诊。诊治数次后，转来本院针灸治疗。

诊得患者四肢末端皮肤苍白、青紫、麻木、怕冷，形体消瘦，面色萎黄，纳谷不馨，胃脘闷胀，大便不实，舌质淡，苔薄白根腻，脉细缓。此乃脾肾阳虚，脉道寒涩，气血瘀滞所致，治拟温补脾肾，通阳行瘀为法。

处方

(1) 灸穴：① 大椎、命门；② 膈俞（双）；③ 脾俞（双）；④ 胃俞（双）；⑤ 肾俞（双）；⑥ 中脘、关元；⑦ 足三里（双）。

灸量：每次灸1组穴，间日1次，每次麦粒灸7～9壮，轮灸完7组穴为一疗程。

(2) 针穴：合谷（双）、太冲（双）、手三里（双）、三阴交（双），捻转提插得气后，留针，针尾烧艾3壮，间日1次，12次为1疗程。

针刺艾灸结合进行，第一疗程灸完（温针施治 12 次），休息 2 周，继续灸治第二、第三个疗程。轮流施治 3 个疗程。至 1962 年冬天诸症有所改善，肢端青紫、麻木亦较减轻，再来作温针治疗 1 个疗程。1963 年暑天再按上穴施灸，冬天指端青紫基本好转，麻木消失。1975 年 10 月随访痊愈。

按：本病现代医学认为是植物神经功能紊乱所引起肢端小动脉痉挛所致。据病者胃脘闷胀、纳谷不振、大便溏薄，两尺细弱等症状，朱师断为脾肾阳虚、中焦气化不振，水谷之精微不能输布四末，兼以冬寒，邪客于经络。《灵枢·痈疽》篇说："寒邪客于经络之中则血泣（涩），血泣则不通。"故出现指端苍白、青紫、麻木等症。遵循《灵枢·阴阳二十五人》篇所说："凝涩者，致气以温之。"的施治原则。须用温通化瘀之法，以灸治为主，并兼用温针温气以行血，气为血帅，气温则血滑，气行则血亦行，气血和通，肢端青紫之症自然消失。

再者，灸有振奋元阳之功。《灵枢·九针十二原》篇中说："陷下则灸之。"意指灸能温阳起陷。朱师认为此病脾肾阳虚是为本，脾主散精，脾虚则精气不能布散四末，肾中元气是十二经之根本，阴阳之橐龠。肾虚则肢体无气以温，故朱师重用任督二脉及膀胱经有关脾肾的穴位施以灸法，宣散阴寒之邪，振奋元阳之气，乃是治本穷源之意。

帕金森综合证

夏某某，男，52岁，干部。

初诊：1974年12月24日。两手震颤不能持物，右手较左手严重，病已6年。1968年下半年开始，右手发现轻微震颤，1970年症状加重，1971年起右手不能吃饭、写字，同时出现胸闷。1972年左手亦出现以上症状。1973年至今，两手震颤时刻不停，入睡后才能消失。曾到杭州市两家医院住院诊疗，诊断为"帕金森综合征"，用针灸治疗100多次未效，又用中药及针灸并治，胸闷稍减，但两手震颤仍未好转。1974年11月至上海市某某医院检查，诊断同上，因无特殊治法，前来我院针灸科治疗。

诊得两手震颤不停，右手更甚，面色晦暗无华，双目模糊，时感胸宇闷胀，脉细弦，舌苔白腻。此乃营阴不足，肝肾俱亏，内风震动所致，拟先头针治疗，以观察之。

处方

(1) 取头针穴：舞蹈震颤区、视区、胸腔区。

(2) 手法：捻转后留针，通电20分钟。

二诊：12月26日。上次针后，右上肢震颤立即停止，起针后，隔2小时左右震颤又起，昨天(25日)下午又停1小时左右，再守上法加耳针。

处方

(1) 取耳针穴同上。捻转后留针，通电20分钟。

(2) 取耳针穴：脑点、神门、枕点，用揿针埋入耳内。

三诊：12 月 28 日。用上法治疗后，右手震颤较好转，在震颤时，用手按压耳部埋针处，震颤即刻停止，仍宗上法出入。

处方

(1) 取头针穴：舞蹈震颤区、胸腔区、运用区、视区，留针，通电 20 分钟。

(2) 取耳针穴及治法均同前。

四诊：12 月 30 日。左上肢昨天开始又震颤，按耳部埋针穴也不停止。

处方

(1) 取头针穴及治法均同前。

(2) 取耳针穴：脑干、交感、心点，用揿针埋入耳内。

五诊：1975 年 1 月 3 日。症情进展不大，再从上方加用督脉、膀胱、胆三经体穴，并用银温针以加强疗效。

处方

(1) 银温针穴：风府、天柱(双)、风池(双)，每穴烧艾 7 壮。

(2) 针刺穴：百会、后顶、强间、玉枕(双)、大杼(双)，捻转得气为度，留针 20 分钟，中间再加强针感，捻转 1 次。

(3) 耳穴：皮质下、肾点、神门，用揿针埋入耳内。

六诊：1 月 5 日。上诊针百会、后顶、强间后，右手震颤立刻停止，隔 4～5 小时又发，以手按耳针后震颤停止，相隔时间较长，再守上法投治。

十四诊：1 月 21 日。用上法治疗后，右手震颤逐渐减轻，开始时每天震颤 1～2 次，治疗 7 次后，两手基本不震，脉弦转软，苔腻渐化。症情稳定，已能右手挟菜进口，续守原方。

处方

(1) 银温针穴：风府、天柱(双)、风池(双)，每穴烧艾

5壮。

(2) 针刺穴：百会、后顶、强间、脑户、玉枕(双)、大杼(双)，手法同前。

(3) 耳针穴：心点、交感、脑干，埋针。

十五诊：3月21日。第一疗程治疗14次后，震颤基本控制，患者回家2月过春节。在回乡期间症情稳定，仅劳累后有轻微震颤，每天3～5次，片刻即止。胃纳良好，精神振奋，来沪继续治疗，再守上法。

二十诊：4月1日。右上肢震颤已止，再守原法，隔日1次，以图巩固。

共治28次，症情稳定，震颤不再发生，停止治疗。

按：本病例古代医书无详细记载，朱师认为乃肝肾阴亏，筋脉失养，肝风窜络，震动四末而致。该病人在抗战时期长期伏卧湿地，外邪久滞络道，并因工作紧张，营血暗耗，以致内风上旋，发为此病。始用头针，效果不显，改用银温针通调膀胱、胆、督脉之经，取督脉风府、胆经风池、膀胱经天柱等穴；针刺督脉百会、后顶、强间、脑户穴；同时用耳穴埋针多法结合，第一疗程14次治疗后，震颤已基本控制，继续治疗14次，疗效巩固，震颤未再出现。

朱师取督脉、膀胱经、胆经诸穴，意在少阳与厥阴相表里，太阳与少阴相表里，治表经即所以治里经，此法在临床上应用颇广。督脉既主一身之阳，又与肾脉会于尾，与肝脉会于巅，入络脑窍，其支别者，则从上而下，循膂络肾，故与肝肾关系密切，欲补肝肾，取督脉之穴，可有异曲同工之效。

朱师过去临床用单纯体针疗法，效果不够理想，本案用体、头、耳针综合治疗，虽数度增损而终获效，说明治贵权变，而忌胶柱鼓瑟，执一而终也。

心动过速

韩某某，女，28岁，干部。

初诊：1963年8月7日。心悸心慌已3年，伴有背腰酸痛，怕冷，纳呆。曾服中药7剂，又经西医检查，心尖区有Ⅱ级收缩期杂音，心率120次/分，律齐，心界未明显扩大，诊断为"心动过速"，转来针灸。当时病者气促、胸闷、肢端青紫，并有失眠、头晕、健忘、纳呆、足面浮肿等症，脉沉细，舌苔薄质淡。此系心阳不足，水气内停，心神受扰，不得宁静之故。治拟宁心安神，温阳化水。

处方

(1) 取穴：郄门(双)、神门(双)、内关(双)、足三里(双)、三阴交(双)、阴陵泉(双)、公孙(双)、关元。

(2) 手法：平针法，捻转结合提插，得气为度，留针15分钟，加用温针。

四诊：8月15日。间日连治3次，心悸较宁，气促胸闷亦减，寐寤较安，唯背腰酸痛未减，不耐久坐，仍从原方出入。

处方

(1) 取穴：内关(双)、郄门(双)、公孙(双)、足三里(双)、三阴交(双)、太冲(双)、大杼(双)、心俞(双)、肾俞(双)、水分、气海。

(2) 手法：同前加温针。

七诊：8月21日。针治以来，诸症逐渐好转，足跗浮肿亦

渐退，肢末青紫已减，今晨突然因事惊惶，心悸又作，气急胸闷，频频欲吐，背部酸痛渐向下移，仍守原方投治。

处方

(1) 取穴：公孙(双)、太冲(双)、内关(双)、足三里(双)、三阴交(双)、阴陵泉(双)、郄门(双)、大杼(双)、肾俞(双)、气海。

(2) 手法：同前用温针。

九诊：8月25日。近2次针后，惊悸已宁，胸闷得畅，气逆亦降，唯腰尻部仍酸痛，转侧时尤甚，再投原方观察。

处方

(1) 取穴：公孙(双)、太冲(双)、三阴交(双)、足三里(双)、内关(双)、郄门(双)、大杼(双)、肾俞(双)、腰阳关、气海(温针)。

(2) 手法：同前用温针。

二十诊：9月28日。针治以后，心悸宁静，痳象转安，足跗肿胀已退，背尻酸痛减轻，面色渐转红润，脉细滑，舌苔薄白，再守原方。

处方

(1) 取穴：公孙(双)、太冲(双)、三阴交(双)、足三里(双)、内关(双)、郄门(双)、大杼(双)、肾俞(双)、腰阳关、关元。

(2) 手法；同前用温针。

二十三诊：10月8日。诸症渐次消失，面色红润，胃纳增加，精神充沛，目前已恢复工作，再以针治巩固疗效。

处方

(1) 取穴：公孙(双)、内关(双)、足三里(双)、三阴交(双)、大杼(双)、肾俞(双)、关元。

(2) 手法：同前用温针。

按：“心动过速”在祖国医学中称“心悸”或称“怔忡”，本例病者怕冷、纳呆、足跗浮肿、面色㿠白，肢末青紫，脉沉细，舌苔薄质淡，一派阳虚阴盛症状。治疗取公孙、内关、气海以宽中顺气；关元、水分、足三里、阴陵泉以温阳健中兼化水；大杼、心俞、肾俞以通太阳之经气；太阳之脉贯脊络肾，内通五脏六腑，并刺心俞、肾俞以济水火之脏，心肾相交，故心宁寐安，而悸动止矣。

无 脉 症

周某某，女，27岁，农民。

初诊：1973年6月24日。双目黯黑，四肢无力，时欲跌倒1年又5个月。1972年春开始有阵发性双目黯黑，经当地卫生院用维生素B_{12}及中药作贫血治疗，半年后症状加重，脉搏血压均不能测到。1973年春到闵行某医院治疗，诊断为"无脉症"，用烟酸、谷维素、维生素B_1、B_6、C等治疗无效。1973年5月到上海市××医院神经科诊治，脑血流图检查示：两侧血管充盈力差，脑血流量减少。上肢未测出血压，两桡动脉未触及，确诊为"无脉症"，用药与前医院相似。以后辗转南京等地各大医院求治，诊断与治疗都基本相同。1973年6月下旬症状更为严重，转来针灸治疗。

诊得面色苍白、形体消瘦、四肢软弱颤抖，两手不能持物，目眩眼花，行履须人扶持，胃纳不佳，口颊不易张开，寸口脉无，舌质淡，苔薄白。先贤曾云："脉资始于肾，资生于脾。"此脉绝不至，是脾肾不足，脉气下陷之故。《经》曰："陷下者则灸之。"拟补脾肾之阳，温经通脉为治。

处方

(1) 灸穴：① 大椎、身柱；② 至阳、命门；③ 大杼(双)；④ 膏肓(双)；⑤ 膈俞(双)；⑥ 脾俞(双)；⑦ 胃俞(双)；⑧ 中脘、气海；⑨ 足三里(双)，每次轮流灸治1组穴，每穴中炷灸7壮，间日1次，9次为1疗程。

灸后外贴淡膏药促使化脓。化脓期每天调换膏药 1～2 次，保持灸疮周围清洁，大约隔 2～3 周，疮口结痂脱落，再按上穴灸第二、第三疗程。

（2）针穴：风府、百会、天柱（双）、风池（双）、合谷（双）、太冲（双），项部穴位用银温针，每穴针尾燃小艾炷 7 壮。其余穴均补，用提插捻转补泻法。

一个疗程后，症状渐有改善，双目黯黑减轻，眩仆次数减少，四肢无力颤抖较好转。灸治二个疗程后，四肢较前有力，眩仆继续好转，双目黯黑未现。治疗至同年 11 月，可以参加家务轻劳动。1974 年伏天又按上穴中炷灸三个疗程。11 月随访，病者已在田间劳动，按其腕部脉搏已有起伏，测左臂血压 11.3/8.6 kPa（85/86 mmHg）、右臂血压 12/10 kPa（90/75 mmHg）。

按："无脉症"类属祖国医学"虚劳"证，据病者面色苍白，形体消瘦，四肢无力，目现黯黑，头晕眩仆，胃纳不佳，寸口脉无，舌质淡，均为一派脾肾阳虚之象。脉者血之府也，五脏六腑之气血通达于四肢者也。系于脐下肾间动气之元，资生于中焦（脾胃），受气化赤之血。若脾肾阳虚，生化之元不足，化赤之血衰少，则脉道无气以秉，故动而不至，至而不盈，无脉之症作矣。先贤曾对虚劳一证有"人之虚，不属于气，即属于血，五脏六腑莫能外焉，而独立脾肾焉"。的论断，故亦可归属于"虚劳门"。

朱师按证论治，认为此种病症非用艾灸以调补脾肾、温经通脉则不能取效，故取督脉、膀胱经之大椎、命门、脾俞、胃俞、膈俞；任脉之中脘、气海等穴，施以化脓灸方法而获痊愈。

血栓闭塞性脉管炎

例 1. 纪某某，男，40 岁，干部。

初诊：1969 年 11 月 5 日。左下肢疼痛，行走不便已 4 月。因去外省野外劳动，半年后左下肢感觉怕冷、麻木、疼痛、行走无力，入夜则痛更剧，皮肤干燥无汗，足趾、足背皮肤发紫，小腿肌肉渐见萎缩。即回沪治疗，经某某医院外科检查诊断为“血栓闭塞性脉管炎”。用强的松、烟酸等药未效。半月后转来针灸治疗。

当时患者左下肢跛足不能久立，诸症同上，皮肤冰凉，胫内静脉怒张，足背冲阳脉微弱似失，面容消瘦萎黄，精神委靡，全身怕冷，纳谷不馨，脉细弱，舌苔白腻。证系寒湿内滞，血脉瘀阻，拟温阳通络为治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：足三里(左)、丰隆(左)、解溪(左)、阴阳陵(左)、外丘(左)、三阴交(左)、委中(左)、承山(左)、然谷(左)、内庭(左)。

(2) 手法：先针足三里，用“烧山火”手法九度，其余穴位用提插法得气后留针，针尾烧艾 5 壮。隔天治疗 1 次，12 次为 1 疗程。

2. 中药

桂枝 9 克，当归 9 克，黄芪 9 克，淡附片 9 克，独活 9 克，牛

膝 12 克，地龙 12 克，川芎 6 克，鸡血藤 30 克，红花 4.5 克。7 剂。

此药二汁服后，第 3 次加水煎熏患处，每天 1 剂。足三里穴施用“烧山火”手法时，至第 3 次针刺才出现微热。

十二诊：12 月 9 日。针药投治以来，左小腿疼痛明显轻减，筋脉抽掣亦渐好转，冲阳脉微微鼓指，足背皮色转淡，足趾仍紫色，下肢仍怕冷，脉细滑，苔薄白。再宗温阴通络之法。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：足三里(左)、丰隆(左)、解溪(左)、阴阳陵(左)、外丘(左)、三阴交(左)、委中(左)、承山(左)、然谷(左)、外庭(左)。

(2) 手法：足三里穴施用“烧山火”手法，其余穴位用提插法得气后留针，针尾烧艾 5 壮。

2. 中药

党参 9 克，桂枝 9 克，当归 9 克，黄芪 9 克，鹿角胶(烊冲) 9 克，独活 9 克，牛膝 12 克，地龙 12 克，川芎 6 克，淡附片 9 克，红花 4.5 克，鸡血藤 30 克。7 剂。

此药每日 1 剂二汁服后，第 3 次加水煎薰患处。

二十四诊：1970 年 1 月 14 日。2 个疗程针药后，左小腿疼痛、筋脉抽掣均好转，下肢亦不怕冷，足背足趾皮肤紫色已退，胃纳旺盛，精神振奋，再以温通为治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：足三里(左)、丰隆(左)、解溪(左)、阴阳陵(左)、外丘(左)、三阴交(左)、委中(左)、承山(左)、太溪(左)。

(2) 手法：用提插法得气后留针，针尾烧艾 5 壮。

2. 中药

党参9克，黄芪9克，桂枝9克，当归9克，鹿角胶(烊冲)9克，红花4.5克，川芎6克，熟地15克，独活9克，桑寄生9克，鸡血藤30克，怀牛膝12克。7剂。

前后共针治40次，服中药31剂而停治。

例2. PURCELL CHARHEC，男，62岁。

初诊：1988年6月8日。左下肢疼痛、发肿，不能行走。1963年开始发现心脏有疾，经心电图检查诊为："右心房室传导阻塞"。到1973年发现高血压，同时发现左足趾发黑、疼痛，两下肢自膝以下抽掣，左足底微肿、麻木，每天服西药多种无效。外科建议截肢手术，病人不愿，经朋友介绍来我诊所治疗。诊得脉寸关弦滑，两尺细弱，左下肢膝反射及触觉均迟钝，足底红肿，趾端紫黑。足背动脉搏动未能触及，诊断为①左束支传导阻滞；②左侧血栓闭阻性脉管炎。病者年逾花甲，肝肾不足之质加之心营不健，脉血失宣，凝涩于足胫而成此症。拟宣络和营、化浊止痛为治，针药并施，以观后效。

处方

(1) 取穴：阴市(左)、阴阳陵(左)、足三里(左)、三阴交(左)、公孙(左)、照海(左)、足八风(左)、委中(左)、合阳(左)、承山(左)、郄门(双)、心俞(双)。

(2) 手法：提插补法。针尾加电，加拔火罐。

三诊：6月14日。左足底麻木红肿渐退，足趾仍感疼痛，两下肢抽掣好转，足背动脉略感搏动。

六诊：6月17日。针治以来，左足趾渐有知觉，疼痛减退，足背前1/3皮肤黑色渐渐转淡，肿胀渐退，足弓显现。

十一诊：6月28日。足趾转见白色，疼痛好转，下肢抽掣已无，按脉细弦，有结代，心营尚未健运，针守上方，加灸。

处方：郄门(双)、心俞(双)、督俞(双)、足三里(双)，4穴

轮流隔饼灸5壮。

共治49次，而告痊愈。迄今随访，情况良好。

按：本病是中、小动静脉的慢性闭塞性疾患。由于长期吸烟、寒冻、外伤、情绪激动等因素的刺激，中枢神经系统的调节机制障碍，引起中、小血管持续性痉挛，血管壁营养不良，最后导致血栓形成和闭塞。临床多见于20～40岁的男性患者。

祖国医学远在两千多年前的《内经》中就有关于本病的记载。《素问·痹论篇》中称："风寒湿三气杂至合而为痹。"宋严用和《济生方》称："痹之为病，在脉则血凝而不通。"故其早期症状可归属于"脉痹"。到后期，出现足端坏死时，则称为"脱痈"。在历代外科著作中对本病的病因、辨证、论治均有详细的描述。其病损部位主要在四肢末端，下肢多于上肢，病变的程度下肢亦较上肢为甚。主要由于情志内伤、肝肾不足，寒湿外受以致气血瘀阻不通，寒湿凝聚经络而成，由于不通则痛，故本病疼痛剧烈。四肢为诸阳之末，寒湿为阴霾之邪，最易伤人阳气，肾阳不足，阳气不能畅达四末，故病损部位主要在四肢末端。后期指趾可坏死、溃烂而脱落。

本两例患者，病属中期，朱师在病肢局部取穴，例一在足三里穴施"烧山火"手法，以补阳行瘀，针尾烧艾以温经散寒，再内服温阳活血通络之剂，进行综合治疗，共针治40次，中药31剂而病愈。例二年事已高，并有心脏束支传导阻滞，故以心脉同治之法，历四十九诊而愈，收异曲同工之效。

本病在治疗期间还须嘱病者所穿鞋袜宜宽大，注意保暖，不吸烟，症状减轻后，可适当进行锻炼。

局限性硬皮病

王某某，女，40岁，病卡号：2100。

初诊：1980年5月31日。四肢肘膝以下皮肤坚硬，指节屈伸不利，两面颊、颈、胸皮肤亦坚硬呈淡褐色，症已1年余。

1978年10月开始四肢末端现苍白，进而呈紫色，指节及足趾肿胀刺痛，屈伸不利，按之无凹陷。于1979年秋皮损扩展到面、颈、胸前部及前臂等处并逐渐坚硬，呈淡褐色，患部皮肤无汗。到1979年冬天，四肢浮肿，皮肤冷麻，色白且紫，四肢关节酸痛，时有胸闷。曾到某某医院检查诊断为"局限性硬皮病"。来诊时，胃纳尚可，吞咽顺利，大便溏薄，脉沉细，舌苔薄白质淡。此脾肾两亏，表卫之气温润不及，以致分肉皮肤腠理不固，为邪所中，营卫失和。拟温补脾肾，蠲邪宣络，针灸并施，以观后效。

处方

1. 针灸

(1) 针穴：公孙(双)、地机(双)、三阴交(双)、太溪(双)、手三里(双)、足三里(双)、内关(双)、合谷(双)、八邪(双)。平针法，留针10分钟。

(2) 化脓灸：①大椎、身柱；② 命门、阳关。以上2组，每次1组，每穴7～9壮，灸后外敷灸疮膏使化脓。

(3) 隔饼灸：① 膈俞(双)；② 脾俞(双)；③ 肾俞(双)；④ 璇玑、紫宫；⑤ 中脘、气海。以上5组穴每次1组，药饼下

垫丁桂散，饼上以艾炷燃烧，每穴 3～4 壮。

以上 3 法，先化脓灸，次饼灸和针刺同时进行。

2. 中药熏洗

川草乌各 12 克 ，川椒 9 克 ，桂枝 9 克，红花 6 克，海风藤 12 克，当归 12 克，鸡血藤 30 克，羌独活各 12 克，细辛 9 克。

煎浓熏洗患处，每日 1～2 次。

以上方法治疗 20 次后，皮肤坚硬度较软，微有汗出，四肢肿胀已退，关节酸痛好转，屈伸较利。按上方继续治疗 2 个疗程，前后共 60 次，诸症均明显好转。大便亦已正常，于 1981 年冬随访，皮肤正常，屈伸如常。

按：祖国医学认为肺司呼吸之气而主皮毛，位居上焦，宣五谷味，泽肤熏身，有如雾露之溉。脾司健运而主四末，胃司受纳而主腐熟水谷，脾胃同居中焦而为营卫之气生化之源。肾居下焦而主藏精液，为水火之脏，命门真火生发之处。先贤称命门肾火为“五脏六腑之根蒂，阴阳之橐龠”，其气熏蒸煦育全身。此例病者皮肤变硬，斯乃命火式微，肺气不宣，五谷味不克布达体表，是以表卫之气温润不及而发为此疾。朱师治此针灸并用，远近兼治，针公孙、地机、三阴交、足三里等穴以健脾胃；取太溪以补肾阳；刺八邪、内关、手三里是“随变而调气”的近取法；灸大椎、身柱、命门、阳关均督脉经穴，温督阳以起固卫肌表、泽肤润身的治本作用。

白血球减少症

凌某某，男，61岁，中国驻联合国官员。

初诊：1985年1月8日。失眠已5年（自来美后），每晚须服安眠药才能入睡，伴头痛头晕，精神疲乏，胃纳不佳，消化不良，时有便秘或便溏，血压在16～11.3 kPa（120/85 mmHg）左右，连续3周检查白细胞均在3.2×10^9/升左右。来诊时，血压16.5～11.4 kPa（124/86 mmHg），脉左细弦，右弦滑，两尺均细弱，舌苔薄质微红。

此年近八八，肾气渐衰，劳心过度，心阳独亢，思虑损脾，土失健运，兼以木失滋荣，肝阳失潜，又药物损伤脾胃，因果相循，是以消化不良，精神疲惫。拟益肾潜阳、补脾宁神，针、灸、中药综合治之。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：三阴交（双）＋、足三里（双）＋、阴郄（双）－。

(2) 手法：提插结合捻转补泻。

2. 中药

炙黄芪24克，潞党参9克，炒白术9克，当归9克，茯苓9克，炙远志9克，酸枣仁15克，紫丹参12克，合欢皮9克，珍珠母（先煎）30克，枸杞子9克，炙甘草9克。

上药6剂，每日1剂。

二诊：1月11日。针药以来，睡眠较好转，守上治，针灸并施。

处方

(1) 针穴：足三里(双)+、三阴交(双)+、神门(双)-，手法同前，针尾加电20分钟。

(2) 灸穴：中脘、气海，隔饼灸各5壮。

三诊：1月15日。胃纳较振，夜眠较宁，头晕亦减，仍守前治。

四～七诊：1月18日～1月29日(每周2次)。针、灸、中药投治以来，胃纳渐馨，夜寐更为好转，安眠药已减少至常服最的2/3，但尚感头额疼痛。

处方

1. 针灸

(1) 针穴：上方加束骨(双)-、京骨(双)-，手法同前。

(2) 灸穴：① 大椎、命门；② 脾俞(双)。上穴每次灸1组，每穴隔饼灸各5壮，轮流灸治。

2. 中药

上方去丹参，加柏子仁9克，茯神9克，首乌9克，6剂。

八诊：2月1日。针、灸、药兼施后，头痛好转，夜寐亦安宁。安眠药减少至微量，精神亦更为好转。治已收效，今后治以健脾益血，和营固卫兼顾白细胞减少症状。

处方

(1) 针穴：足三里(双)+、三阴交(双)+，手法同前。

(2) 灸穴：① 大椎、至阳；② 命门、阳关；③ 膈俞(双)；④ 脾俞(双)；⑤ 肾俞(双)；⑥ 血海(双)；⑦ 中脘、气海；⑧ 足三里(双)；⑨ 绝骨(双)；⑩ 三阴交(双)。以上10组穴轮流灸治，麦粒灸每穴每次5壮，灸治2轮后，去①、③、④、⑦、⑩组，加膻中、紫宫，隔饼灸，每次5壮。

十九诊：3月15日。今天血常规报告，白细胞增至4×10^9/升，胃纳、精神均好，续守上治。

二十五诊：4 月 22 日。针、灸轮流使用，于 4 月中旬血常规检查，白细胞已升至 5.4×10^{9}/升。

按：祖国医学无白细胞之称，顾其为血液中组成部分，具有抗御病邪之能力，斯乃属于“正气”之范围。《灵枢·小针解》中说：“神者，正气也。”意指抗御病邪的“正气”，是人体神气的一种表现。神气在中医学中是生命现象的概括，产生生命现象的物质基础。《灵枢·本神》中说：“两精相搏，谓之神。”认为神气首先是秉受父母先天之精气而来，即所谓原气（或肾气）。《灵枢·平人绝谷》中还说：“神者，水谷之精气也。”认为神气的产生还须依靠从食物中摄入精气的不断充实，才能旺盛不衰。因此，综上所论，人体抗御病邪正气的生成和盛衰，与脾肾二脏最为密切。为此，朱师断为肾亏脾虚，心肝之阳亢盛为本病之原因，初诊取三阴交、足三里施用补法，意在补肾健脾；泻阴郄心经之郄，潜降火邪；佐健脾补肾，益气宁神之中药，而首战告捷。再诊在前方基础上加用胃募中脘、原气生发之海气海，灸之以温补脾肾之气。四诊诉有头额疼痛，仍取“荥输外经”、“泻络去络”之法，选足太阳束骨、京骨，盖足太阳之脉起于目内眦上额交巅，故能治前额头痛，再灸大椎温阳，灸脾俞、命门温补脾肾。八诊更用至阳、阳关、肾俞，均为温阳益气之穴，用血海、膈俞养血以养神。绝骨髓会，髓者骨之充，骨者肾所主，灸绝骨补益骨髓，亦寓有益精强身之意，故能奏效如此。

腮　腺　炎

例1. 沈某某，女，6岁，新寺公社柘林大队。

初诊：1976年6月8日下午。两耳下面颊部红肿、发热疼痛4天。6月5日开始左耳下感疼痛，有低热37.7℃，次日该部肿胀肤热，疼痛加剧，体温上升至38.4℃，即到某公社医院门诊后收住病房，曾用青霉素、卡那霉素、消炎痛、P.P.C等药。6月7日晚，患部红肿更剧，身热不退，加用垂盆草打烂外敷肿处。6月8日下午，身热38.5℃，并出现右耳下红肿热痛，转来针灸。

当时两腮部肿胀热痛，身热不退，烦躁不安，口渴引饮，纳呆，小便红赤，脉数，舌苔厚腻。询知该患儿平时多吃甜味零食，终日在外游玩，小儿本乃纯阳之体，此为阳明湿浊郁滞，蕴湿化热，加之时属春夏之交，风阳侵袭，内外兼因，热毒风阳交遏，邪壅少阳、阳明之经，阳脉失于宣畅，上攻头面，发为双侧痄腮。拟清热散风，宣络消肿为治。

处方

（1）取穴：大椎、曲池（双）、外关（双）、风池（双）、下关（双）、颊车（双）、下翳风（双）、足三里（双）。

（2）手法：提插与捻转相结合，重提轻插，留针20分钟。

二诊：1976年6月9日。双侧腮肿明显消退，身热亦减，体温37.8℃，精神较安静，守上方投治。（停用抗生素与止痛片）

处方

(1) 取穴：大椎、曲池(双)、外关(双)、风池(双)、下关(双)、颊车(双)、下翳风(双)、足三里(双)。

(2) 手法：同上。

三诊：1976 年 6 月 10 日。今晨身热已净，两侧腮部红肿疼痛亦退，胃纳转香，精神又现活泼，脉滑，舌苔化薄，再守上方。

处方

(1) 取穴：大椎、曲池(双)、外关(双)、风池(双)、下关(双)、颊车(双)、下翳风(双)。

(2) 手法：提插与捻转相结合，重提轻插，留针 20 分钟。

四诊：1976 年 6 月 11 日。今天上午各症状明显好转。针刺以巩固疗效为主，针后即出院。

半月后随访，已痊愈。

例 2. 王某某，男，8 岁，新寺公社船浜大队。

初诊：1976 年 6 月 16 日。昨晚开始左耳下肿胀疼痛，皮肤焮红、灼热，按之稍坚，伴有身热，体温 38.5℃，苔薄白，脉弦数。此风热之邪郁于少阳、阳明两经，壅滞颊腮而成，治拟疏风清热，宣通经络为主。

处方

(1) 取穴：下关(左)、颊车(左)、下翳风(左)、风池(左)、曲池(双)、外关(双)、大椎。

(2) 手法：提插结合捻转，重提轻插，留针 20 分钟。

二诊：1976 年 6 月 17 日。左侧耳下部肿势较减，焮红疼痛亦瘥，身热渐退，体温 37.5℃，再守上治。

处方

(1) 取穴：下关(左)、颊车(左)、下翳风(左)、大椎、风池(双)、曲池(双)、外关(双)、足三里(双)。

（2）手法：同上。

三诊：1976年6月18日。身热续退，体温为37.2℃，左腮腺部肿胀疼痛均已消减，再守上方。

处方

（1）取穴：下关（左）、颊车（左）、下翳风（左）、大椎、外关（双）、风池（双）、足三里（双）。

（2）手法：同上。

四诊：1976年6月19日。左腮腺部肿胀基本消失，尚有微热，余邪未消，仍守上治。

处方

（1）取穴：大椎、曲池（双）、风池（双）、下关（左）、颊车（左）、下翳风（左）。

（2）手法：同上。

按：现代医学认为腮腺炎是病毒经呼吸道侵入，引起急性腮腺非化脓性炎症的传染病。多发生于儿童，但成人也可感染，以冬春两季发病较多，病变部位有单侧，亦可见双侧。

祖国医学称本病为“痄腮”，一名“鬈发”，又名“含腮疮”，俗名“猪头风”。认为是风热之邪侵袭少阳、阳明所致，故取阳明经下关、颊车、曲池，少阳经外关以清此两经风热之邪。大椎为督脉、手足三阳之交会穴，外感热邪可用大椎穴加强清热之效。

“下翳风”一穴在“翳风”穴下五分，部位可属少阳经，朱师用以局部取穴，使加强宣络化瘀之效。本病针灸效果很好，治之得法，能收立竿见影之效。

肝　　癌

例1. 汤某某，男，58岁，服务员，门诊号：80　91025。

初诊：1981年5月18日。全身不适，胃纳减退已2月。3月20日左右开始感全身不适，胃纳减退，进食由每餐150克减至100克，原饮酒嗜好全无，自觉肝区胀痛，即去医务室治疗，检查发现肝脏肿大，转至当地人民医院诊治，4月2日作超声波检查：肝上缘在第5肋间，厚0.5厘米，左叶在剑突下7.5厘米，下缘平脐，为稀疏～较密微小低复波，可见丛状波反射P分迟钝，出波衰减。意见：① 肝肿大；② 肝癌波型。作肝同位素扫描，诊断为"肝右叶占位性病变"。住院28天经中药、针灸治疗无效。转来上海市肿瘤医院治疗，再作超声波及扫描检查，诊断相同，嘱其作化疗及放疗（已无手术指征），患者不愿，来本院肿瘤科服中药治疗，18日又来针灸科治疗。来诊时，精神极度疲乏，需人扶持行走，每餐进食50克，大便每日2次，小溲黄赤。

望诊：面色黧黑，肝掌，蜘蛛痣，巩膜黄疸明显，腹部膨隆，舌苔薄，密布瘀斑。

触诊：肝脏肿大，肋下6～7厘米，表面高低不平，质坚硬，压痛明显，腹水征阳性。

经络切诊：督脉右侧5～9椎压痛（+++）；左侧8～9椎压痛（++）。脉细弱。

实验室检查：1981年5月12日。肝功能：SGPT 40单

位以下，麝香草浊度20单位，麝香草絮状＋＋，锌浊度15单位，碱性磷酸酶30.5单位。1981年5月16日。同位素扫描：肝脏右叶占位性病变。

诊断：原发性肝癌（右叶）。

此肝郁气滞，脉道遏阻，留而为积，拟针药并施，疏肝通络，以观后效。

处方

（1）针穴：太冲（双）—、蠡沟（双）—、足三里（双）—、中封（双）—、内关（双）—，捻转补泻法，留针10～15分钟。

（2）隔饼灸穴：期门（右）、上脘，各3壮，用附子饼下垫丁桂散少许，后同。

二诊：5月21日。症情如上。

处方

（1）针穴：同上。

（2）隔饼灸穴：期门（右）、水分，各3壮。

三诊：5月23日。灸后感舒服，脉弦尺弱，舌苔薄，瘀斑较淡。

处方

1. 针灸

（1）针穴：上穴加阴陵泉（双）—。

（2）隔饼灸穴：气海、期门（右），各3壮（灸法同上）。

2. 中药

茵陈12克，丹参15克，黑山栀9克，干蟾皮9克，地龙9克，当归9克，平地木15克，莪术9克，三棱9克，生白芍9克，柘木15克，鳖甲（先煎）15克，半枝莲30克，炒白术9克，路路通9克，生草9克。5剂。

四诊：5月26日。针、灸、药并施后，肝区肿块触之较软。

处方

(1) 针穴：同上。

(2) 隔饼灸穴：期门(右)、气海，各3壮。

六诊：6月2日。肝脏较软，范围亦较缩小，胃纳转馨，大便每日3～4次，因昨去西郊公园游览，今天觉精神疲劳。

处方

(1) 针穴：足三里(双)一、曲泉(双)一、太冲(双)一、蠡沟(双)一、内关(双)一、中封(双)一，手法同前。

(2) 隔饼灸穴：期门(右)、水分，各3壮。

七诊：6月4日。大便次数减少，胃纳好转，精神较佳，舌瘀较淡。

处方

1. 针灸

同上。

2. 中药

丹参15克，赤白芍各9克，川楝子9克，干蟾皮9克，地龙干9克，黑山栀9克，牡蛎30克，平地木30克，刘寄奴15克，莪术9克，泽泻9克，炒白术9克，半枝莲30克，柘木根15克，生草9克。7剂。

七诊后患者不用扶持，能自行来院就诊、配药，胃纳由每餐50克恢复至150克，自觉已和常人相仿，精神爽朗，肝区肿块明显缩小，已无胀痛。

十诊：6月13日。胃纳好，精神佳。今作超声波检查：肝在右锁中线肋下，厚1.5厘米，下界2.5厘米。剑突下厚1.5厘米，下界3厘米。呈较密、密集、微小、低小、结节波。脾：侧卧，厚1厘米，下界2厘米。

处方：同上。仍隔天治疗1次，每周3次。

二十～三十诊：7月10日～8月6日。病情稳定，黄疸消退，面色红润，治法同前。

二十七诊：8月20日。近日来胃纳不振，肝区坚硬、肿胀逐渐减退，精神愉快。

处方

1. 针灸

同上。

2. 中药

丹参20克，西赤芍12克，郁金9克，水红花子12克，干蟾皮9克，天地龙片(吞)各10克，菝葜30克，半枝莲30克，制香附9克，莪术9克，越鞠丸(包煎)12克，路路通9克，台乌药9克。7剂。

结果稳定。

例2. 余某某，女，38岁，工人，门诊号：80—092507。

初诊：1981年6月16日。右上腹肿块已月余。从1978年起感食欲不振、倦怠，当时认为是输卵管结扎后引起，未加重视。1979年在单位普查身体时，肝功能正常，肝未肿大。1981年4月22日突然感觉右上腹剧痛，步行或屈膝时，肝区疼痛加剧，继而神志昏迷，苏醒后去当地某某医院检查，AFP>1 000毫微克/毫升，肝功能正常。6月初由当地转至上海市肿瘤医院诊治，诊断为“肝癌”，服中药，后嘱病者回当地治疗。病者不愿，转来针灸。

患者明显消瘦，脘腹胀气，肝区隐痛，自5月份以来已有3次发作性右上腹剧痛伴晕厥，每次约1～2分钟，纳差，每餐进食50～100克，全身乏力，口干，二便正常。无肝炎及血吸虫史。家属无肿瘤病史。上海肿瘤医院放射性检查如下：正位：肝肿大，肋下6厘米，剑突下14厘米，形态异常，放射性分布不均匀，右叶呈斑点状稀疏图像，右叶下方和肿块部位有缺损。脾显形。右侧位：肝中上呈斑片状稀疏象，肝下方有一稀疏缺损区。诊断：肝癌。

处方

(1) 针穴：手三里(双)、足三里(双)、内关(双)、合谷(双)、太冲(双)、气海、蠡沟(双)、阴陵泉(双)，平针法，留针30分钟。

(2) 隔饼灸穴：① 下脘、期门(右)；② 上脘、期门(右)；③ 中脘、期门(右)；④ 气海、期门(右)。以上4组穴轮流施用，每次1组，用附子饼灸，下垫少许丁桂散，每穴3壮。

二诊：6月18日。症无变化。

1. 针灸

(1) 针穴：同上。

(2) 隔饼灸穴：上脘、期门(右)。

2. 中药

双半合剂，1瓶。

三诊：6月20日。

(1) 针穴：同上。

(2) 隔饼灸穴：中脘、期门(右)。

四诊：6月23日。患者自述治疗3次后颇感舒松，纳谷见增。

(1) 针穴：同上。

(2) 隔饼灸穴：气海、期门(右)。

五诊：7月2日。症有改善。

(1) 针穴：同上。

(2) 隔饼灸穴：下脘、期门(右)。

十六诊：7月21日。食欲增加，精神振作。

(1) 针穴：同上。

(2) 隔饼灸穴：气海、期门(右)。

二十诊：7月30日。患者诉自针治以来，食欲渐馨，精神转佳，每餐进食100至150克，症情稳定。

按：癌症，祖国医学概属于“癥积”。《灵枢·百病始生》云：“积之始生，得寒乃生厥，乃成积也。”“寒则血脉凝涩”，“汁沫与血相抟，则并合凝聚，不得散而积成矣。”这是癥积生成的外因。《百病始生》中又说：“若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六输不通，湿气不行，凝血蕴裹而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”说明癥积之成还有忧怒气郁，六输不通的内在原因。东汉时代秦越人著《难经》称：“气之所积，名曰积。”指出癥积之成，首要因素是气积不行。至明代，医家李梴则指出“积聚癥瘕痞漏，皆太阴湿土之气，始因外感内伤气郁”，“留之以成积”，还必须有湿邪瘀阻。至于癥积的分类，《难经》将五脏之积分别命名为“肝积为肥气，心积为伏梁，脾积为痞气，肺积为息贲”等，故本两例病者癥积在于肝脏，斯乃肥气之类也。朱师治疗癥积，遵《内经》“六输不通”之论，用穴灵活，首视发病所在，以疏通病变之经腧为主；次重病因，疏解郁气，常用肝、脾、心三经有关穴位，再则据“气温则血滑”、“凝涩者致气以温之”的理论，或以温针，或以饼灸癥积所在的局部或有关腧穴，以冀起温散的功效。本两例病者以肝脏右叶位在阳明、太阴之分，故取合谷、手三里、足三里、阴陵泉，同气相求，以疏通二经之气穴，并用内关、蠡沟、太冲，手足厥阴同治，以起疏解心肝二经郁气之功效；再灸期门肝募、上、中、下脘，统在病变附近，以活血化瘀；气海为生气之海，气行则血行，益此元气之海，俾阳光普照而阴霾得散也。

痛　　经

郁某某，19岁，学生。

初诊：1966年1月5日。每次经临，少腹疼痛难忍，症已6年。13岁初次行经少腹微感疼痛，以后每次经来（一般月经愆期），少腹胀痛，痛势逐年增加，经色紫黯，有瘀块。近3年来左乳发现一结块（如梅核大），经来前一天，少腹胀痛，乳下结块亦痛，经净时腹痛、块痛均消。昨日经期未至，腹痛又作，来诊时侧身倦卧，胸闷纳呆，四肢酸痛，有低热（37.6℃），脉细数尺弱，舌苔薄腻尖红。肝郁则气滞，故乳房结块作胀，气滞则血瘀，不通而痛，故经前少腹疼痛，经色紫黯而有瘀块，拟行气通经、活血止痛为治。

处方

（1）三阴交（双）、血海（双），平针法，得气后，三阴交捻转1～2分钟，留钟15分钟。

（2）关元，平针法，得气后不留针。

二诊：1月6日。昨天针后，少腹疼痛已止，今天低热亦退，尚感四肢酸软，守上方加减。

处方

（1）取穴：三阴交（双）、太冲（双），合谷（双）、手三里（双）、足三里（双）。

（2）手法：平针法，得气后留针15分钟。

经净后，按上方又针治2次，诸恙消失。

按：痛经之证主要是由于气血运行不畅所致。气为血帅，血随气行。气行则血行，通则不痛。气滞则血瘀，不通而痛。在临床上根据其症状可分虚证、实证二类；经前、经行时痛，拒按，经来后疼痛减，经色紫黑夹有瘀块者属实。经后仍绵绵作痛或经后始痛、喜按，经色淡而少，甚则可见心悸、头晕等症者属虚。

本例病者，经前少腹胀痛，胸闷不舒。左乳结块作胀，经色紫暗，有瘀块，属肝郁气滞，血瘀阻络。肝经起于大趾丛毛之际，上抵小腹，挟胃、属肝，布胁肋，故病胸闷，左乳结块胀痛。朱师取三阴交、血海二穴，通调三阴经之气血；针刺关元，以助其行气散瘀，气行则血行，痛则止矣。

朱师认为痛经患者须在每次行经前未痛时先针刺治疗1～2次，经净后再针刺1～2次，如此经过2～3个月治疗，每可见良好效果。

闭　经

陈某某，女，21岁，农民。

初诊：1965年11月10日。停经5个月。患者于1965年6月因劳动汗出口渴，多饮冷水，适值经期，以后即月经闭阻，8月份曾到卫生院治疗，注射黄体酮后月经虽来，但量极少。停用黄体酮，月经即未潮，要求针灸治疗。

诊得精神抑郁，面色萎黄，少腹胀痛，胃纳不香，大便溏薄，舌苔薄白根腻，脉来沉紧。证系临经饮冷，寒入胞宫，冲任失调，脾阳受损而致，拟健脾益气，调经通络为治。

处方

(1) 取穴：三阴交(双)、足三里(双)、血海(双)、归来(双)、气海、关元。

(2) 手法：平针法，得气后留针15分钟。

二诊：11月16日。针治以来，胃纳较增，大便正常，少腹胀痛减轻，似有来经之意，守上方投治。

处方

(1) 取穴：三阴交(双)、足三里(双)、血海(双)、关元、气海、归来(双)。

(2) 手法：同前。

四诊：11月18日。昨天月经已行，少腹胀痛好转，患者精神愉快，嘱其下月至期未潮，再来针治。

处方

(1) 取穴：三阴交(双)、足三里(双)。

(2) 手法：同前。

3 月后偶遇病者，询知月经已正期来潮。

按：妇女月经期饮服生冷或外感寒邪，每见月经闭阻，其次精神因素亦至为重要。病者虽未述及有精神因素影响，但工作疲劳，饮服生冷，寒邪随经袭入胞宫。《金匮要略》曰："妇人之病，因寒积冷，结气，为诸经水断绝。"即指此而言。

朱师取三阴经之会三阴交，足阳明之合穴足三里以运脾行气；血海为足太阴脉气所发，意在导血归海；取归来以行气通经；关元为三阴经与任脉之会，配气海以益气调经，治之合拍，故三诊而经至。

女 性 不 孕

例 1. 施某某，女，34 岁，工人。

初诊：1977 年 11 月 29 日。结婚 10 年未孕。1968 年结婚后有正常性生活，配偶健康，但一直未孕。于 1977 年 3 月 17 日赴上海市某某妇产科医院检查：宫体中位，大小正常，宫颈、阴道均光，右侧骶骨韧带增粗。作诊断性刮宫，病理报告示：分泌期子宫内膜。施行“通液术”，发现双侧输卵管阻塞，诊为原发性不孕症。患者生育之望迫切，经人介绍来我院针灸治疗。

诊得平素每月经前双乳作胀，乳头触痛，少腹胀滞难忍，经来颜色暗紫，量少，伴有两膝腿酸软，神疲乏力，胃纳不振，脉细弦，苔薄。证系肝郁气滞，冲任之脉失调，拟疏肝理气，通调冲任以观之。

处方

(1) 取穴：关元、气海、水道(双)、归来(双)、足三里(双)、内关(双)、太冲(双)。

(2) 手法：平针法，得气后加电，留针 20 分钟，隔日 1 次。

三诊：12 月 1 日。针治 2 次后，少腹胀痛减，但出现右肩关节沉重酸痛，守上方续治。

处方

取穴、手法同前。

七诊：12 月 15 日。经来少腹胀痛大减，经量较前增多，

经色转鲜，双侧乳房胀痛亦瘥。两腿较前有力，舌脉同上，再守前意出入。

处方

(1) 取穴：气海、关元、水道(双)、归来(双)、三阴交(双)。

(2) 手法：同前。

十七诊：1978年1月17日。本月临经，两乳房胀滞、乳头触痛较前减，少腹痛亦瘥，惟胃纳欠馨，右肩关节酸痛感尚存，舌脉同上，嘱其去妇产科复查，仍守上方投治。

处方

取穴、手法同前。

十八诊：1月21日。1月19日赴妇产科医院检查，再次作双侧输卵管通气术，当气体进入两侧输卵管，加压至200毫米汞柱时，腹部两侧均闻及水泡音，伴有胸闷、肩酸感觉，证实双侧输卵管通气良好。再守原方投治后，嘱停针观察。

十九诊：5月25日。自1月下旬作通气术诊断双侧输卵管已通畅后，每月经前经后带下如注，经前少腹胀痛更甚，双侧乳房仍有胀痛，胃纳不佳，脉弦苔薄。并称上次月经净为4月13日，至今经水未潮，伴有胸闷、胁胀，两乳胀滞疼痛，不思饮食。仍以调益冲任续治。

处方

(1) 取穴：关元、气冲(双)、足三里(双)、三阴交(双)、公孙(双)、太冲(双)、内关(双)。

(2) 手法：平针法，留针时间同前。

二十六诊：6月13日。月经迄今未潮，少腹胀痛尚存，胸脘痞闷，泛恶，腰膝酸软，神疲纳差，脉弦带滑，苔薄。疑为有孕之象，嘱赴妇产科作妊娠试验，以和胃理气观之。

处方

(1) 取穴：内关(双)、公孙(双)、三阴交(双)。

（2）手法：平针法。

二十七诊：6 月 20 日。小便妊娠试验阳性，嘱停针随访观察。

例 2. 张某某，女，35 岁，工人。

初诊：1978 年 8 月 24 日。结婚 7 年，婚后 1 年内 2 次自然流产，以后未孕。患者于 1972 年 6 月结婚，同年 10 月怀孕，停经 50 天后出现阴道出血，经注射黄体酮及服中药安胎均未奏效而自然流产。次年 2 月 2 日于停经 43 天后，突然腰酸腹痛，阴道流血不止，汗出淋漓，面色苍白，送妇幼保健院急诊入院。诊断为宫外孕急性期出血（休克型），经抢救脱险出院。以后每次月经来临，两乳作胀，乳头触痛，少腹胀滞，腰酸骨楚。于 1975 年 3 月至 1976 年 3 月，曾作子宫、双侧输卵管碘油造影示：子宫大小形态正常，边缘光整，右侧输卵管充盈达伞端，左侧达壶腹部，峡部粗细不均。二十四小时摄片示：盆腔内未见涂布，碘油残留于两侧输卵管伞端，右侧积水。诊断为双侧输卵管阻塞。给予中药调理 3 年余，依然未孕。于 1978 年 2 月至 3 月，连续 5 次作通气术，均未获效。右侧附件增厚，压痛明显。患者生育迫切，到处求医，经人介绍前来针治。

诊得每月经来，经色暗紫、量少，兼见神疲腰酸，纳谷不振，形寒体冷，面色少华，脉细，尺部无力，时而出现结代，苔薄质淡。证系宫外孕失血后，肝阴不足，太冲脉虚，兼以木邪侮土，脾气受制。肝者藏血，脾主生血，肝血之藏不足，生血之藏受制，以致血海失养，气滞瘀结而不孕也。治拟调益冲任以观之。

处方

（1）取穴：气海、关元、外陵（双）、大巨（双）、水道（双）、三阴交（双）。

(2) 手法：平针法，得气后加电，留针 20 分钟，隔日 1 次。

五诊：1978 年 9 月 9 日。针治 4 次后，出现右肩背酸痛（以往无肩酸史）。余症无变化，嘱去妇产科作输卵管通气术检查。

处方：取穴、手法均同前。

十诊：1978 年 9 月 28 日。本月经来少腹胀痛减轻，精神较前振奋，惟右肩背酸痛依然，舌脉同上。

处方：取穴、手法同前。

此患者针刺 10 次后停止治疗，随访获悉于 9 月 28 日针刺后，未作任何治疗，12 月停经，赴妇幼保健院检查：尿妊娠试验阳性，超声波为子宫体增大，出现妊娠波型。二侧附件已均无触痛。

按：不孕是一种症状，在妇科门诊中约占已婚夫妇的百分之十。不孕的原因很多，其中输卵管阻塞或炎症为其中之一。临床上可分为原发性与继发性两种。第一例患者，结婚 10 年，有正常性生活，配偶身体健康，精子活力正常，长期同居未孕。第二例结婚 7 年，第一年内自然流产二次，后五年余未孕，故前者为"原发性不孕症"，后者为"继发性不孕症"。

祖国医学认为受孕的机理，须赖肾气旺盛，精血充沛，任脉通而太冲脉盛，月事以时下，则两精相抟，才能受孕。《女科切要》云："妇人无子，皆由经水不调，经水所以不调者，皆由七情之伤，外有六淫之感。"综合前人对女子不孕的认识，大致可分为肾虚、血虚、痰湿、肝郁等因素，而导致冲任脉失调而不能摄精受孕。

以上病者均有经行量少，色紫，两乳作胀，乳头触痛，少腹胀痛，胃纳不振，两腿酸软，腰楚等症。盖乳房属胃，乳头属肝，肝郁气滞，肝失疏泄，横逆犯胃，脾胃失和，气血无以生，冲任无以养，则不孕也。朱师根据冲为血海，任主胞胎，"冲脉隶

于阳明”、“八脉皆属于肾”的祖国医学理论，取任脉关元、气海以调补冲任，益气培元；手足厥阴经同治，太冲配内关以疏肝解郁理气；三阴交为三阴经之交会穴，以补益肝脾肾三脏，妊养冲任；足阳明经三里、外陵、大巨、归来、水道以理气和胃，调理入脉；更配足太阴脾经公孙穴，与冲脉相通，增其通调血海之功。

第一例在针治二次后，出现右肩关节沉重酸痛，第二例针治四次后，出现右肩背部酸痛现象(以往都无肩痛病史)，与患者作“双侧输卵管通气术”时出现的肩酸感觉相仿，朱师认为患者于治疗过程中出现此症状是输卵管疏通之征兆。

急性腰扭伤

陆某某，男，62岁。

初诊：1981年5月2日。腰间疼痛，不能行动已3天。3天前因持重扭伤腰部，即疼痛不能转侧，不能俯仰和步履，精神委顿，胃纳不佳，曾作推拿治疗，疼痛未减。病者素有腰痛史，1975年春发作时，摄片示：腰椎肥大。1980年4月又发病一次，经用针灸、中药治疗1月余好转。检查：腰3～5椎体旁有明显压痛，拒按，双侧骶棘肌紧张，左右转侧及前后俯仰均不能。舌苔薄白，脉弦滑。此扭挫伤气，经血阻滞之故，治以通经活血。

处方

(1) 取穴：大椎、腰痛点(双)、阳谷(双)。

(2) 手法：平针法，捻转得气为度，留针15～20分钟，10分钟捻转1次。

先针大椎穴，次针其他穴，留针15分钟后，活动腰部，幅度由小到大，转侧自如后起针，症状基本消失，惟感颈部活动尚牵掣。

二诊：5月5日。病者步行来门诊，称上次针后症状明显好转，行动自如，但颈部俯首时尚感牵掣，腰部久坐后重滞，再守上方投治。

取穴：手法同前。

三诊：5月7日。腰部疼痛已痊愈。颈部牵掣亦消失，再

巩固治疗 1 次，停止针灸。

处方

(1) 取穴：大杼(双)、肾俞(双)、气海俞(双)。

(2) 手法：平针法，留针 10 分钟。

按：扭挫损伤，祖国医学认为是由于气血瘀滞于经络，周流不畅所致，其疼痛则因经血阻滞，不通而痛。针灸治疗有良好效果，施治原则一般按扭伤局部的经络所属，分经论治，可以邻近取穴与远道取穴结合配用。手法可视病情缓急，在平针法的基础上用持续捻转或留针期间间歇捻转针法，也可用龙虎交战法。朱师治疗本例病者，即体现了这一原则。腰脊为督脉与足太阳经之分野，故朱师取大椎为邻近取穴，配手太阳阳谷，系手足太阳同气相求理论之运用，腰痛点为近人经验奇穴，对腰痛有特效，治之中的，故能一诊而痛减，二诊而病愈。

落　枕

刘某某，男，29岁，炼钢工人。

初诊：1977年7月4日。右项部疼痛，不能转侧，已20多天。6月11日晨突然右项疼痛，不能左右回顾，不能俯首，咳嗽吐痰则疼痛难忍。在医务室用针刺、推拿治疗数次，疼痛未减。一星期后，痛势更剧，放射至后背前胸，右项背肌肉板硬掣痛，胸闷不舒，精神委顿。又服中药及推拿10多次，并用万花油外擦，疼痛较减轻，但颈部牵板，不能回旋、俯首，迄今20多天未愈，转来我院针灸。病者无外伤史，无颈胸椎病变史。

察其疼痛部位属太阳经脉。脉弦紧，舌苔薄白。此风寒袭络，太阳脉道失宣，拟疏邪宣络为治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：落枕穴(双)、后溪(双)、昆仑(双)。

(2) 手法：平针法，得气后捻转2分钟，留针30分钟，隔10分钟捻转1次。

2. 中药

羌活9克，防风9克，葛根12克，桂枝6克，白芍9克，当归9克，伸筋草12克，白茅藤30克，丝瓜络5克。3剂。

药渣煎浓，热毛巾敷患处。

二诊：7月6日。经针药并用后，项部疼痛明显减轻，能

左右回顾，但俯首时右项背尚感牵掣，胸膺痞闷已舒，脉小弦，舌苔薄白。守上方加减，单用针刺。

处方

(1) 取穴：落枕穴(双)、后溪(双)、昆仑、天柱(双)、大杼(右)。

(2) 手法：得气后，留针30分钟，间隔10分钟运针1次。

四诊:7月8日。右项背部又疼痛牵掣难忍，不能回旋前俯。患者感觉于局部针治后，顿时疼痛不舒，仍以循经远道取穴治之。

处方

(1) 取穴：落枕穴(双)、后溪(双)、昆仑(双)。

(2) 手法：得气后，留针30分钟，间隔10分钟运针1次。

十诊：7月27日。右项背疼痛完全消失，能后顾前俯，无不适之感，再拟和营通络为治。

处方

(1) 取穴：太冲(双)、合谷(双)、后溪(双)、昆仑(双)。

(2) 手法：得气后，留针20分钟。

起针后，项背舒服，俯仰回顾自如，嘱其停止治疗。

按：由于睡眠时体位不适或风寒外袭以致营卫不和，经气阻滞而致本病。治以疏邪宣络为主。朱师临床常用手太阳后溪、足太阳昆仑、经外穴落枕，疗效甚为显著。本例患者三诊时局部取天柱、大杼后疼痛又作，症情转甚。四诊仍治以循经远道取穴，疼痛终于消失。朱师认为临床上以疼痛为主症的疾患，往往局部取穴疗效不显，而循经远道取穴常能获显著疗效。但是尚须根据具体病况，在治疗过程中随时观察病者反应。

肩　臂　痛

例 1. 韩某某，女，66 岁，退休工人。

初诊：1975 年 12 月 20 日。颈臂疼痛 4 天。自 1972 年 6 月第 1 次发作肩臂痛后，1974 年 5 月、1974 年 8 月都曾复发，均经针刺、服药后好转。此次在半月前因受寒、劳累，右肩臂痛再次发作，疼痛剧烈，自颈部沿右肩、臂、肘部放射，如撕如裂，不能举臂，服中药 10 多帖痛势未减，前来针灸。诊得精神委顿，胃纳不馨，脉滑苔腻。此寒邪入络，阻遏经气，血脉凝涩，不通而痛，治拟通经活血，和营止痛。

经络压诊：自颈背部沿小肠经至肩胛下，臂肘外后侧有压痛。

处方

（1）取穴：先针金门（右）、昆仑（右）、跗阳（右），后刺右夹脊（颈5～胸 2）。

（2）手法：平针法，得气后留针 15 分钟。

二诊：12 月 22 日。针治后，右上肢疼痛逐步减轻，至昨天（21 日）下午 8 时许又现疼痛，胃纳不馨，再从上方，针药并用。

处方

1. 针灸

（1）取穴：先针金门（右）、昆仑（右）、跗阳（右），后刺右夹脊（颈5～胸 2）。

(2) 手法：同前。

2. 中药

川桂枝6克，红花2克，当归9克，炒苍术9克，延胡索9克，寻骨风12克，鬼箭羽9克，地龙12克，陈皮6克，乳香、没药各2克，焦谷、麦芽各9克。5剂。

三诊：12月24日。右肩臂疼痛明显轻减，已能抬举，但颈背部尚感筋脉牵掣，再守上治。

处方

(1) 取穴：先针金门(右)、昆仑(右)、跗阳(右)、后刺右夹脊(颈5～胸2)。

(2) 手法：同前。

五诊：12月30日。右肩臂疼痛基本消失，抬举灵活，颈背部仍感牵掣，胃纳尚可，脉滑尺弱，苔薄白，再守上方出入。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：夹脊(右颈5～胸2)、天柱(双)、大杼(双)。

(2) 手法：同上。

2. 中药

川桂枝9克，杭白芍9克，延胡索9克，秦艽9克，威灵仙15克，鸡血藤30克，全当归9克，葛根9克，党参9克，焦麦芽9克。7剂。

六诊：1976年1月3日。右肩臂疼痛牵掣均已消失，胃纳较馨。今感腰膝及背部酸痛，旧疾复发，前方增损，巩固疗效。

处方

(1) 取穴：夹脊(右颈5～胸2)、大杼(双)、肾俞(双)、大肠俞(双)、内外膝眼(双)。

(2) 手法：同前。

后又继续治疗4次，右肩臂疼痛及腰部酸痛完全消失，停止治疗。

按：本例祖国医学概称“痹证”，患者受寒为因，症状以疼痛为主，故为“痛痹”。朱师根据“病在上，取之下”的治疗法则，以痛在手太阳小肠经，故取同侧足太阳经之金门、昆仑、跗阳等穴，经4次针治，疼痛基本消失，抬举已经灵活，说明手足同名经不仅在病理传变上有相互联系，而且在治疗作用上也是互相关联的。《内经》曰：“针刺之理要左右支络，尽知其会。”同名经交会与相接的理论在针灸临床上常须运用，是属远道取穴的一种方法。朱师习用此法。本例即其效验者之一。

例2. 茅某某，女，56岁，工人。

初诊：1975年12月4日。左肩臂、背部疼痛已4天。1日下午左肩臂被铁杆撞伤，当时局部压痛，左手拇、食、中三指发麻，伴有头晕、泛恶，四肢乏力，夜不能寐。2日去伤科诊疗，外用大伤膏，内服化瘀片及中药。到晚上12时左右，疼痛加剧，来本院急诊，用颅痛定60毫克肌注。3日疼痛剧烈，经伤科复查后，转来针灸门诊。当夜疼痛转剧，再来急诊，仍用颅痛定，但疼痛未减。询得患者在4月前，就有左肩臂酸痛史，此次因撞伤而转剧。脉浮紧而滑，舌苔白而厚腻，此寒湿外邪，久留经络，脉道受阻，复被外物撞击，瘀血凝阻，不通则痛。治拟疏邪通络，和营定痛，针药兼施。

检查：① 颈3～胸2左侧有明显压痛，左肩臂沿手太阳、少阳有压痛，左侧足太阳经自昆仑至跗阳有感应性压痛。左肩不能抬举、后伸，头部不能向左旋转。② 化验：抗“O”1250单位，血沉8毫米/小时。

③ 摄片：颈椎正、侧、斜位片示：颈5～6椎间隙狭窄，椎体后突，颈5棘突偏向左侧。

诊断：颈椎综合征。

处方

(1) 取穴：京骨(左)、金门(左)、昆仑(左)、跗阳(左)、膝阳关(左)。

(2) 手法：自远端向近端循经导刺，提插结合捻转。紧提慢按，留针半小时，隔 10 分钟运针 1 次，起针后，疼痛较减。

二诊：12 月 5 日。针后局部阵发性疼痛较减，发作间隔时间延长，拇、食、中三指麻木，左肩仍不能提举，守上方加减。

处方

(1) 取穴：京骨(左)、金门(左)、昆仑(左)、跗阳(左)、膝阳关(左)、后溪(左)、合谷(左)、二间(左)。

(2) 手法：同前。留针半小时，隔 10 分钟运针 1 次。

三诊：12 月 8 日。针后疼痛未减，痛不可忍。昨天、前天都曾急诊，用杜冷丁、耳针疗法处理后，痛势稍减。今晨疼痛又剧。脉弦滑舌苔厚腻，守上方针药兼施。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：京骨(左)、金门(左)、昆仑(左)、跗阳(左)、膝阳关(左)、后溪(左)、二间(左)、外关(左)。

(2) 手法：同前。留针半小时，10 分钟运针 1 次。

2. 中药

川桂枝 9 克，炒茅术 9 克，制半夏 9 克，炒枳壳 6 克，红花 6 克，香附 9 克，延胡索 9 克，当归 9 克，鸡血藤 30 克，秦艽 9 克，威灵仙 15 克。3 剂。

四诊：12 月 11 日。前天左颈、肩胛、臂肘疼痛仍剧，伤科门诊用 HCA 0.5 毫升加 1%普鲁卡因 3 毫升注入左肱桡关节前关节囊压痛点，当天疼痛轻减，至翌日(12 月 10 日)下午 4 时，疼痛又发，阵痛如割，再拟针刺。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：京骨(左)、金门(左)、昆仑(左)、后溪(左)、手三里(左)、二间(左)、合谷(左)。

(2) 手法：同前。留针半小时，10 分钟运针 1 次。

2. 中药

上方加乳香、没药各 1.5 克，川芎 9 克。3 剂。

五诊：12 月 12 日。昨天针、药后，疼痛较减，背部牵掣亦好转，到下午 4 时许阵痛又作，但疼痛程度较轻，夜 9 时后入睡至今晨 5 时，疼痛未作，左手拇、食指仍感发麻，中指已好转，脉滑苔白腻，守上方。

处方

(1) 取穴：京骨(左)、金门(左)、昆仑(左)、跗阳(左)、足阳关(左)。

(2) 手法：同前。

六诊：12 月 13 日。昨天针后，疼痛未发，今晨 4 时臂部又感胀痛，但能忍耐，阵痛已减少。

取穴、手法均同前。

七诊：12 月 14 日。症情逐步减轻，痛势已好转，酸胀牵掣仍剧，脉滑，苔薄腻，守上方加减。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：夹脊(左颈 4～胸 2)、后溪(左)、手三里(左)、二间(左)。

(2) 手法：同前。

2. 中药

川桂枝 9 克，炒苍术 9 克，制半夏 9 克，枳壳 6 克，延胡索 9 克，当归 9 克，虎杖 30 克，秦艽 9 克，葛根 15 克，鸡血藤 30 克。5 剂。

十一诊：12月22日。针刺、中药治疗后，左肩臂、背胛各部疼痛逐渐好转。牵掣亦已减轻，胃纳转馨，脉濡细，苔白腻，续守上方出入。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：夹脊(左颈4～胸4)、后溪(左)、手三里(左)、二间(左)。

(2) 手法：同前。

2. 中药

原方，7剂。

十四诊：12月29日。症情稳定，左臂略有酸胀，食指仍感麻木。近见咳嗽，痰黏色白，夜寐久宁，胃纳已增，脉濡细，苔薄白，守上方加宣肺化痰为治。

处方

1. 针灸

(1) 取穴：上穴加大椎、风门、肺俞(双)。

(2) 手法：同前。

2. 中药

制半夏9克，川桂枝9克，陈皮6克，枳壳6克，杏仁9克，当归9克，红花1.5克，威灵仙12克，秦艽9克，延胡索9克，鸡血藤30克。7剂。

十六诊：1976年1月2日。症情稳定，昨天休息时左手用力动作后，又感臂部酸胀。咳嗽已减，黏痰已少，再守上方投治。

二十三诊：1976年1月19日。近几次针刺以来，颈部回顾已自如，左肩臂酸胀已基本消失，举动灵活，食指麻木亦减，守原方巩固疗效。

按：本例祖国医学仍属“痹证”。《素问·痹论篇》对此病

的病因、病理、证候、分型、治法及预后等早已有全面的论述。本患者外伤、两感相并，故症状比一般痹证患者严重。有肩臂痛史，此次痛如刀割，彻夜不寐，且反复发作。朱师治疗亦几费周折，针药兼用，历二十三诊而愈。本例病者，在七诊以前虽也用同名经“上病下取”法，但效果不若前一例显著，后改用远近穴并取，针药兼用，才逐渐转机，足证孙真人针灸、中药并重的告诫，为医者之铭言。习针灸者，岂可不知用药乎！

陈　　伤

陆某某，男，26 岁，部队，龙华门诊卡 82185。

初诊：1963 年 10 月 16 日。右足踝在 2 年前运动时不慎扭伤，经治之后，症状逐渐减轻，唯行履无力，活动不利，时而酸痛怕冷。病系伤筋之后，瘀血挟湿稽留不化，迁延日久，营卫不和，治拟和营化瘀，舒筋理湿。

处方

（1）取穴：丘墟（右）一、昆仑（右）一、解溪（右）一、商丘（右）一。

（2）手法：捻转补泻加用温针。

二诊：1963 年 10 月 18 日。治疗后足踝仍然酸痛，行履不利，瘀湿互阻，病在少阳经筋，病久络虚，治疗难以速效，姑拟宗前。

处方

1. 针灸

（1）取穴：丘墟一、昆仑一、解溪一、商丘一。

（2）手法：捻转补泻加用温针。

2. 中药

生川乌 9 克，生草乌 9 克、川椒 9 克，红花 9 克，木防己 12 克，乳香 6 克，炙穿甲 9 克，水酒各半煎洗，1 日 2 次（1 剂可洗 3 天）。

按：陈伤之病，为外伤未完全治愈，经气不和，复为外邪

所中而致，即所谓“因伤成痹者”。症状多与痹证类似，治疗亦与痹病类同，即“以痛为腧”为取穴原则，运用疏调营卫之针刺手法，亦可加用温针，以温行壅滞之经气。本例病者，右踝陈伤，延已二年，酸痛相兼，更有怕冷，类似着痹，以病在右踝关节，故取穴也以踝部穴为主。二诊加用熏洗方，也是祛风活血、燥湿通经之品。以湿邪重着难治，故陆师判为“难诉速效”，但医乃仁术，病虽固着，也不能即此而罢，仍需加强措施，故针药并用而获后效。